

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mars 2023

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Dormond Béguelin et Feusi, assesseures
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 9 LPGA ; art 42 LAI ; art. 37 et 38 RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, est mariée et mère de deux enfants (nés respectivement en 2000 et 2007). Sans formation professionnelle certifiée, elle a exercé différentes activités non qualifiées à des taux variables, dont, en dernier lieu, celle de femme de ménage et de concierge.

En date du 18 janvier 2017, elle a été victime d'une chute sur du verglas, avec réception sur les deux coudes, laquelle a entraîné une contusion sans plaie, ni fracture. Une incapacité totale de travail a été prononcée à la suite de cet événement, dont les conséquences financières ont été prises en charge par la N._____SA en sa qualité d'assurance-accidents.

L'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 5 février 2018 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de douleurs persistantes aux deux coudes.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a notamment sollicité le dossier constitué par la N._____SA. Il en ressort que l'assurée a fait l'objet de deux expertises sur le plan somatique, confiées au Centre d'expertises médicales K._____. Par rapport du 12 octobre 2017, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu à une contusion des deux coudes et à une hyperalgie inexplicquée résiduelle, relevant que les examens objectifs étaient pratiquement normaux. Dès lors, les paresthésies des doigts de la main droite et les douleurs alléguées par l'assurée étaient dénuées de substrat organique. Celle-ci ne présentait, à son avis, aucune restriction fonctionnelle dans l'exercice d'une activité professionnelle. La Dre I._____, spécialiste en neurologie, a, quant à elle, communiqué son rapport le 31 mai 2018. Elle a retenu que le tableau douloureux affiché par l'assurée sortait du cadre de la contusion des deux coudes et qu'elle ne souffrait d'aucune atteinte à la santé du registre neurologique. Aucune

limitation fonctionnelle n'était évoquée. L'experte neurologue préconisait la poursuite de la prise en charge entamée au sein de la consultation d'antalgie du Centre hospitalier H._____.

Le Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier H._____ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 11 avril 2019, renvoyant à un rapport de consultation du 16 janvier 2019. Ce document relatait l'évolution lente, mais favorable, de l'état de santé de l'assurée, avec une diminution des douleurs et une amélioration de la mobilité du coude et du bras droits, consécutivement à une intervention réalisée le 7 août 2018 (neurolyse et transposition du nerf au niveau du coude droit). Une opération similaire du coude gauche était planifiée à brève échéance.

Le 23 avril 2019, la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, consécutif à l'accident du 18 janvier 2017, et de difficultés socio-économiques liées à un désaccord avec les assurances, litige juridique en cours. Les limitations fonctionnelles avaient trait, de son point de vue, avant tout au registre physique.

Sur questions du Service médical régional (SMR), le Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier H._____ a indiqué, le 12 décembre 2019, que l'assurée avait subi une neurolyse du nerf ulnaire du coude gauche le 23 avril 2019. Elle ne présentait plus de troubles neurologiques des deux mains, ni de limitations fonctionnelles, hormis des douleurs à la mobilisation du bras droit en raison d'une tendinopathie du triceps.

Par rapport du 11 mars 2020, le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a signalé suivre l'assurée depuis février 2018, à hauteur d'une fois tous les trois mois. Il retenait des douleurs des deux coudes post traumatisme sur chute le 18 janvier 2017 avec contusions locales, sur neuropathie cubitale dans la gouttière épitrochléenne, avec possible plexopathie ou syndrome du défilé thoraco-

brachial associé, en sus d'un épisode dépressif réactionnel bref, survenu en 2012. L'assurée souffrait de douleurs neurogènes relativement importantes et invalidantes aux membres supérieurs. Elle avait repris une activité occupationnelle manuelle à 50 % au sein de la Fondation L._____ dans le cadre d'un réentraînement progressif au travail.

Dite fondation a fait parvenir un rapport d'employeur à l'OAI le 26 mai 2020, confirmant que l'assurée était employée durant 20 heures par semaine à une activité de conditionnement pharmaceutique depuis le 11 novembre 2019.

La Dre F._____ a indiqué, le 27 août 2020, que l'assurée présentait désormais un épisode dépressif sévère depuis 2020, aggravé par un conflit familial et conjugal, lequel avait justifié une hospitalisation en admission volontaire à [...] du 5 juin au 6 juillet 2020. Au cours de ce séjour, l'assurée avait fait deux tentatives de suicide, ce qui avait justifié une surveillance accrue de la part de l'équipe médicale. L'idéation suicidaire demeurait à surveiller.

L'OAI, sur recommandation du SMR, a diligenté une expertise auprès du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a communiqué son rapport le 2 février 2021. Il a conclu à des douleurs persistantes aux deux bras, d'origine indéterminée, l'incapacité de travail étant liée essentiellement à « l'appréciation subjective de la symptomatologie douloureuse » par l'assurée. Il a précisé, le 19 février 2021, n'avoir objectivé aucune atteinte d'ordre somatique, de sorte qu'il ne retenait aucune limitation fonctionnelle orthopédique.

Par rapport du 22 mars 2021, la Dre F._____ a relaté une évolution défavorable de la dépression de sa patiente. Une seconde hospitalisation en milieu psychiatrique avait eu lieu du 15 septembre au 16 octobre 2020, au cours de laquelle l'assurée avait effectué un nouveau tentamen par pendaison. Celle-ci demeurait ralentie, avec des ruminations, des idées obsédantes, un vécu d'injustice et des troubles

cognitifs, péjorés par des débordements affectifs. Elle pouvait toutefois poursuivre son activité à 50 % dans le contexte protégé de la Fondation L._____. Elle était également en mesure de faire à manger et de tenir son ménage, tandis que son époux se chargeait des activités physiques avec port de charges, ainsi que de sa surveillance lors des débordements affectifs et de la gestion de sa médication.

Le SMR a établi un rapport le 9 avril 2021, retenant notamment que les limitations fonctionnelles de l'assurée consistaient en des troubles de l'attention, de la concentration, des difficultés à gérer les émotions, une hypersensibilité au stress, une aboulie. Elle devait également restreindre les mouvements répétés en prono-supination.

Le 8 novembre 2021, la Dre F._____ a annoncé à l'OAI une nouvelle hospitalisation de l'assurée en milieu psychiatrique du 27 septembre au 2 novembre 2021, dans le contexte d'une rechute de la dépression, avec gestes auto-agressifs. Son extrême vulnérabilité au stress n'autorisait aucune capacité de travail sur le marché primaire de l'emploi. L'activité déployée auprès de la Fondation L._____ revêtait un caractère thérapeutique.

B. En date du 19 novembre 2021, l'OAI a procédé, d'office, à une évaluation de l'impotence de l'assurée à son domicile, conjointement à une enquête économique sur le ménage. Aux termes du rapport correspondant, rédigé le 23 novembre 2021, l'enquêtrice de l'OAI a considéré que l'assurée ne requérait aucune aide régulière et importante pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ni aucun accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le mari et la fille de l'assurée contribuaient dans une mesure raisonnablement exigible à la réalisation de certaines tâches. En particulier, le mari de l'assurée se chargeait de la préparation quotidienne de la médication, ce qui était pris en compte au titre de soins permanents. S'agissant plus précisément de l'acte « se vêtir/se dévêtir », l'enquêtrice a indiqué que l'assurée était autonome pour le réaliser, pour enfiler les habits du bas et du haut du corps, pour autant qu'ils soient adaptés (sans lacet et suffisamment

larges). Les seules difficultés rapportées avaient trait à la fixation du soutien-gorge. L'assurée ne rencontrait pas de problème dans le choix de ses vêtements. Relativement à l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », l'assurée était considérée comme autonome pour l'entier de l'acte. L'aide pour accomplir l'acte « manger » était qualifiée d'irrégulière, étant donné que l'assurée était assistée pour couper des aliments durs uniquement (pizza ou viande dure). Concernant l'acte « faire sa toilette », l'enquêtrice de l'OAI a relevé que l'assurée requérait une aide directe de son mari pour se coiffer (impossibilité de surélever les bras), se laver les cheveux, les jambes et le dos, ainsi que pour se sécher. Elle a toutefois estimé que cette aide pouvait être réduite par l'acquisition d'une brosse de bain ergonomique et d'une planche de bain. Aucune assistance n'était requise pour l'acte « aller aux toilettes ». Quant à l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », l'assurée se déplaçait seule à l'intérieur de son domicile et était en mesure de se rendre à son travail. Elle occupait ses loisirs en réalisant des puzzles ou en sortant se balader. Elle était à même d'utiliser son téléphone pour contacter ses proches. L'assurée était, par ailleurs, autonome pour la plupart des activités de la vie quotidienne et participait, à son niveau, à certaines tâches ménagères légères.

Quant à l'enquête économique sur le ménage, l'enquêtrice de l'OAI a mis en évidence des empêchements à hauteur de 22,4% dans la tenue du ménage, au vu de l'aide apportée par le mari et la fille de l'assurée.

Par projet de décision du 26 novembre 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à une allocation pour impotent, en l'absence d'aide régulière et importante de tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, ainsi que faute d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois.

L'assurée a contesté ce projet de décision par correspondance du 10 janvier 2022, estimant avoir besoin d'aide pour accomplir au moins quatre actes ordinaires de la vie (« se vêtir/se dévêtir », « manger »,

« faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux »). Elle considérait également nécessiter un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et une surveillance personnelle permanente. Elle s'est prévalué d'un rapport du Dr C. _____ du 22 décembre 2021, joint à sa correspondance, par lequel ce dernier procédait à la critique des évaluations effectuées par l'OAI au domicile de sa patiente. Il confirmait les allégations de l'assurée quant à un besoin d'assistance quotidienne pour quatre actes ordinaires de la vie et d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il ajoutait que l'assurée requérait une surveillance personnelle permanente en raison de son état dépressif sévère et du risque suicidaire. Il relevait par ailleurs que l'enquête économique sur le ménage avait permis de constater que nombre de tâches ménagères était désormais délégué au mari de l'assurée (réalisation des repas, nettoyages, courses, tâches administratives, lessive et soins aux enfants).

L'OAI a établi un projet de décision le 28 janvier 2022, eu égard au droit à la rente de l'assurée. Il envisageait d'allouer à celle-ci une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2018 au 30 septembre 2019, fondée sur un degré d'invalidité de 92,24 %, réduite à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2019 au 31 août 2020, sur la base d'un degré d'invalidité de 47,24 %, puis à nouveau une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2020, compte tenu d'un degré d'invalidité de 92,24 %.

Sollicité pour avis, le SMR a considéré le 8 février 2022 que l'évaluation communiquée par le Dr C. _____ en lien avec l'impotence de l'assurée ne pouvait être suivie, compte tenu des conclusions des expertises somatiques, ainsi qu'au vu de la prise en charge psychiatrique hospitalière dont venait de bénéficier l'assurée.

Par décision du 24 février 2022, accompagnée d'un courrier rejetant les objections formulées par l'assurée, l'OAI a repris les termes de son projet de décision du 26 novembre 2021 et nié le droit à une allocation pour impotent.

Le 29 mars 2022 a été rendue une décision d'octroi de rente en faveur de l'assurée à partir du 1^{er} mai 2022, le calcul des arrérages s'avérant encore en cours.

C. B._____ a déféré la décision de refus d'une allocation pour impotent du 24 février 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 28 mars 2022, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen. A titre subsidiaire, elle a conclu à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible, encore plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle se référait au _____ rapport médical du Dr C._____ du 22 décembre 2021 et à la teneur de ses objections formulées le 10 janvier 2022.

L'assurée a fait parvenir au tribunal un nouveau rapport du Dr C._____ du 8 avril 2022, aux termes duquel ce médecin réitérait que sa patiente requérait une assistance pour accomplir au moins quatre actes ordinaires de la vie, un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et une surveillance personnelle permanente.

L'OAI a répondu au recours le 9 mai 2022 et conclu à son rejet, reprenant ses précédentes explications, consignées dans la correspondance d'accompagnement du 24 février 2022, et se référant à l'avis du SMR du 8 février 2022.

Par réplique du 25 mai 2022, l'assurée a maintenu ses conclusions, se prévalant d'un rapport du Dr C._____ du 18 mai 2022, où ce dernier maintenait ses griefs à l'encontre de l'évaluation effectuée par l'OAI. Elle a également mis en évidence la teneur du rapport de la Dre F._____ du 8 novembre 2021, eu égard au caractère thérapeutique de son activité auprès de la Fondation L._____.

L'OAI a confirmé ses conclusions dans une duplique du 20 juin 2022.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la requérante à une allocation pour impotent.

3. **a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a

des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Compte tenu de la date de la décision querellée, il s'agit donc d'appliquer le nouveau droit.

4. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

b) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (al. 3, 1^{ère} phrase).

5. a) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

c) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;
- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ;
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

d) L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé :

- vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ;
- faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou
- éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

6. a) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 2020 et suivants de la Circulaire sur l'impotence (CSI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références) :

- se vêtir et se dévêtir ;

- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts sociaux.

b) De manière générale, n'est pas réputé apte à l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4).

aa) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que l'assuré requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'il ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 2021 CSI).

bb) Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises pouvant ne se produire que tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. L'aide n'est pas considérée comme régulière lorsqu'elle est requise quatre à six jours par semaine (autrement dit, la plupart des jours de la semaine), car elle n'est alors pas nécessaire chaque jour (ch. 2010 et 2011 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque l'assuré, en ce qui concerne au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie, ne peut plus l'accomplir ou qu'il ne le peut qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, il ne peut

l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, il ne peut l'accomplir parce que cet acte est dénué de sens pour lui (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI).

cc) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte doit être d'une certaine intensité ; une simple injonction ne suffit pas à la caractériser. L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 2016, 2017 et 2018 CSI).

7. a) La notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré (sur le plan physique, psychique ou mental). Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales (TF 9C_809/2015 du 10 août 2016 consid. 5.2), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (ch. 2075 et 2076 CSI ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 33 ad art. 42 LAI, p. 607)

b) Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré (TF 9C_608/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.2.1). La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (ch. 2077 CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 34 ad art. 42 LAI, p. 608).

c) La surveillance personnelle permanente doit en outre être requise pendant une période prolongée, par opposition à une surveillance « passagère », et ne doit donc pas être occasionnelle (cf. ch. 2078 CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 35 ad art. 42 LAI, p. 608).

8. a) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1, let. a, RAI), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b), ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou

indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10). La nécessité de l'assistance d'un tiers pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2 ; SVR 2008 IV n° 52 p. 173).

b) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie a pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière autonome. Le fait que l'assuré effectue certaines activités plus lentement ou avec peine ou uniquement à certains moments ne signifie pas qu'il devrait être placé en hom ou dans une clinique s'il n'avait pas d'aide pour ces tâches ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 2087 CSI).

c) Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie, la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_691/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.2).

d) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine (ch. 2012 CSI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2).

9. a) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 7 ad art. 42 LAI, p. 597).

b) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C_ 567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références).

c) L'aide exigible de tiers dans la cadre de la réorganisation de la communauté familiale ne doit pas devenir excessive ou disproportionnée. Sauf à vouloir vider l'institution de l'allocation pour impotent de tout son sens dans le cas où l'assuré fait ménage commun avec son épouse ou un membre de la famille, on ne saurait exiger de cette personne qu'elle assume toutes les tâches ménagères de l'assuré après la survenance de l'impotence si cela ne correspondait pas déjà à la situation antérieure (TF 9C_ 567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4).

10. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

c) On rappellera par ailleurs qu'il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références citées ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

11. a) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel

rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

b) Ce n'est qu'à titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie. En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats d'une enquête et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 ; TF 9C_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2 ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°9 ad art. 42 LAI, p. 598).

12. a) En l'espèce, les différentes expertises somatiques dont a fait l'objet la recourante ont permis de nier toute atteinte à la santé organique objective, en dépit d'une symptomatologie douloureuse persistante. Les spécialistes mandatés n'ont, dès lors, mentionné aucune limitation fonctionnelle ressortant à leurs domaines de compétence (cf. rapports d'expertise du Dr G._____ du 12 octobre 2017, de la Dre I._____ du 31 mai 2018 et du Dr J._____ des 2 et 19 février 2021). Ces éléments sont au demeurant confirmés par les dernières conclusions du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier H._____.

lequel a exclu la persistance de limitations fonctionnelles dans ses réponses au SMR du 12 décembre 2019. Le seul avis médical discordant est celui du Dr C._____, lequel a fait état de nombreuses restrictions aux termes de ses différents rapports sur l'état de santé la recourante. Il s'agira dès lors d'examiner si les considérations de ce praticien sont susceptibles de mettre en doute les observations consignées par l'enquêtrice de l'intimé dans son rapport du 23 novembre 2021.

b) On ajoutera que les limitations fonctionnelles, prises en compte par le SMR selon les informations communiquées par la Dre F._____, ont essentiellement trait au trouble psychique présenté par la recourante (trouble de l'attention et de la concentration, de la gestion des émotions et du stress ; cf. rapport du SMR du 9 avril 2021).

13. a) S'agissant de l'accomplissement de l'acte « se vêtir/se dévêtir », l'enquêtrice de l'intimé a mentionné que la recourante était autonome pour « enfiler les habits du bas, s'ils sont adaptés », mais qu'elle ne pouvait pas « fermer une fermeture à lacet au pantalon, au niveau de la ceinture ». Elle pouvait en revanche « enfiler tous les habits du haut, s'ils sont suffisamment larges ». Elle était néanmoins restreinte pour « enfiler seule son soutien-gorge ». Le déshabillage ne posait pas de problème, alors que la recourante ne portait pas de vêtement de nuit. Elle pouvait choisir et sortir elle-même ses habits de l'armoire. L'enquêtrice de l'intimé a ainsi conclu que l'aide prodiguée n'était pas importante et qu'elle pouvait être réduite par l'acquisition d'un soutien-gorge adapté, ce qui excluait en définitive la prise en compte d'une assistance pour la réalisation de l'acte en question (cf. rapport d'enquête du 23 novembre 2021, point 4.1.1).

b) A cet égard, le Dr C._____ a indiqué que sa patiente ne pouvait « en général pas attacher ses boutons, fermer une fermeture-éclair, attacher les lacets, enfiler son soutien-gorge et/ou un pullover » (cf. rapport du 22 décembre 2021). Il a pour l'essentiel réitéré ces propos dans ses rapports subséquents des 8 avril et 18 mai 2022.

c) On ne peut que se rallier à l'appréciation de l'intimé concernant l'acte en cause, dans la mesure où l'on ne voit pas que les restrictions énoncées par le Dr C._____ soient justifiées objectivement sur le plan organique. En outre, ainsi que l'a remarqué l'enquêtrice de l'intimé, il apparaît exigible de la recourante qu'elle se dote de vêtements et chaussures adaptés aux douleurs alléguées (chaussures sans lacets, vêtements à fermeture simple, suffisamment amples pour être enfilés sans difficultés).

14. Eu égard à l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », l'enquêtrice de l'intimé n'a fait état d'aucun empêchement dans son rapport du 23 novembre 2021. Elle a mentionné que la recourante « [était] autonome pour l'entier de l'acte » (cf. rapport d'enquête du 23 novembre 2021, point 4.1.2), ce qui n'est remis en question ni par cette dernière, ni dans les différents rapports du Dr C._____. Il n'y a donc pas lieu d'en discuter plus avant.

15. a) Relativement à l'acte « manger », l'enquêtrice de l'intimé a relevé qu'une aide était nécessaire « pour les aliments durs uniquement, tels qu'une viande dure ou de la pizza » et considéré en conséquence que cette assistance revêtait un caractère irrégulier (cf. rapport d'enquête du 23 novembre 2021, point 4.1.3).

b) Le Dr C._____ a, de son côté, estimé que l'appréciation ci-dessus « ne [tenait] pas compte des besoins réels » de sa patiente. Il a souligné que l'aide nécessaire se rapportait non seulement aux aliments durs, mais également aux aliments fermes ou filandreux (comprenant bon nombre de légumes), voire dépendait de l'intensité des douleurs présentées par la recourante (cf. rapports des 22 novembre 2021, 8 avril et 18 mai 2022).

c) Les considérations du Dr C._____ ne sauraient suffire à considérer un besoin d'aide régulière et importante pour accomplir l'acte concerné. En premier lieu, force est de constater que l'opinion de ce praticien n'est étayée par aucune atteinte à la santé somatique objective

qui justifierait les empêchements allégués. En second lieu, on peut retenir qu'il suffit de cuire suffisamment les aliments concernés pour éviter tout désagrément. Dès lors, il s'agit, à l'évidence, de conclure, à l'instar de l'intimé, que la recourante est autonome pour accomplir l'acte « manger » et que l'aide éventuelle à cette fin ne s'avère que ponctuelle.

16. a) Concernant l'acte « faire sa toilette », l'enquêtrice de l'intimé a consigné les éléments suivants (cf. rapport d'enquête du 23 novembre 2021, point 4.1.4) :

« L'assurée est autonome pour se laver au lavabo et se brosser les dents, geste qui est facilité depuis l'acquisition d'une brosse à dents électrique.

[...]

Une aide directe est apportée pour le mari, car l'assurée n'arrive pas à surélever les bras pour se coiffer. L'impotence pourrait être réduite par l'acquisition d'une brosse à [long] manche.

[...]

L'assurée peut entrer et sortir de la baignoire, où elle se douche debout.

Une aide directe est apportée par le mari pour se laver les cheveux, la bas des jambes (depuis les genoux) et le dos, ainsi que pour sécher les mêmes endroits, en raison des vertiges que ressent l'assurée et du risque de chute consécutif. Elle ne peut ainsi pas se pencher en avant lorsqu'elle est debout.

L'aide n'est pas importante ; de plus, elle pourrait être réduite par l'acquisition d'une planche de bain, dont l'assurée n'avait pas connaissance, ainsi que d'une brosse de bain à [long] manche. »

L'enquêtrice de l'intimé a dès lors conclu que l'assistance prodiguée n'avait pas lieu d'être prise en compte, dans la mesure où la recourante se devait de diminuer le dommage en faisant l'acquisition des moyens auxiliaires évoqués.

b) Dans ses rapports des 22 décembre 2021 et 18 mai 2022, le

Dr C. _____ a exposé que sa patiente présentait un besoin d'aide « systématique » pour se laver les jambes, le dos, le haut des bras, ainsi que pour se coiffer.

c) Ainsi que l'a retenu l'intimé, on peut en effet écarter l'aide alléguée pour se coiffer, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une

assistance importante. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs exclu la prise en compte de l'assistance pour se coiffer au titre de l'impotence (TF 9C_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 6). S'agissant des autres problèmes soulevés par la recourante, force est une nouvelle fois de constater que les difficultés présentées ne sont pas corrélées aux constats médicaux objectifs, tels que ressortant des conclusions des différents experts somaticiens. Au demeurant, on peut, avec l'intimé, retenir comme exigible que la recourante se dote de moyens auxiliaires lui permettant d'exécuter seule l'acte « faire sa toilette ». Il convient donc de considérer, à l'instar de l'enquêtrice de l'intimé, que la présence d'un tiers n'est pas indispensable pour assister la recourante dans sa toilette et qu'une éventuelle assistance ne serait de toute façon prodiguée qu'irrégulièrement dans ce contexte.

17. L'accomplissement de l'acte « aller aux toilettes » n'a suscité aucune observation particulière de la part de la recourante, tandis que l'enquêtrice de l'intimé a retenu une complète autonomie à cette fin (cf. rapport d'enquête du 23 novembre 2021, point 4.1.5). En l'absence de toute contestation dans ce cadre, il s'agit donc de confirmer, sans plus ample examen, l'appréciation de l'intimé.

18. a) Eu égard à l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », l'enquêtrice de l'intimé a rapporté ce qui suit (cf. rapport d'enquête du 23 novembre 2021, point 4.1.6) :

« [...] L'assurée est autonome pour se déplacer à l'intérieur.
[...]

L'assurée travaille à 50 % aux ateliers [...] de [...].

Lorsqu'elle rentre, elle s'occupe principalement en faisant des puzzles, ou elle sort se balader. Elle peut utiliser son natel pour appeler et entretenir une discussion avec ses proches. »

b) De son côté, le Dr C. _____ a indiqué, dans un premier temps, que la recourante était « limitée physiquement, ne pouvant conduire la voiture, ni participer à la plupart des activités sociales », ainsi que psychiquement en raison de sa dépression, ce qui entraînait un retrait social « sévère » (cf. rapports du 22 décembre 2021 et du 8 avril 2022). Dans un second temps, ce praticien a rapporté les difficultés de la

recourante à entretenir des contacts sociaux, puisqu'elle ne pouvait « garder longtemps son téléphone [avec] les membres supérieurs levés ». Il a précisé toutefois que « pour se déplacer en voiture, [la recourante nécessitait] d'être transportée par un tiers, sauf pour de courts trajets et si l'intensité des douleurs aux membres supérieurs [était] momentanément suffisamment tolérable pour le lui permettre » (cf. rapport du 18 mai 2022).

c) En l'occurrence, on ne voit pas que les indications peu précises, partiellement contradictoires et surtout sommairement motivées du médecin traitant de la recourante puisse sérieusement être prises en considération. On observe en revanche que la recourante est en mesure de se rendre sur son lieu de travail quotidiennement et qu'elle est à même d'utiliser un véhicule sur de courts trajets. On ne saurait dès lors retenir des difficultés avérées pour se déplacer librement, ni d'ailleurs pour maintenir un réseau social. Quant aux problèmes allégués pour poursuivre une conversation téléphonique, ils sont manifestement dénués de fondement médical objectif, alors qu'il est de toute façon possible de recourir à des accessoires pour éviter d'avoir à tenir un téléphone portable en permanence.

19. a) Relativement à la surveillance personnelle, l'enquêtrice de l'intimé a relevé que la recourante restait plusieurs heures seule à la maison, lorsque son mari était au travail (cf. rapport d'enquête du 23 novembre 2021, point 4.4).

b) La recourante estime toutefois avoir besoin d'une surveillance personnelle permanente, s'appuyant sur les rapports du Dr C._____. Ce dernier a indiqué que, si une surveillance visuelle n'était pas forcément nécessaire, ni réalisable, l'entourage de la recourante avait adopté des mesures de surveillance quasi continue (passages à l'appartement, téléphones) en raison de son état dépressif (cf. notamment : rapport du 22 décembre 2021). Il a, en outre, signalé que la recourante n'était quasiment jamais seule (grâce à son activité en milieu protégé, au retour de sa fille au domicile en milieu d'après-midi et de son

mari, voire grâce au passage d'un membre de la famille ; cf. rapport du 18 mai 2022).

c) Les éléments avancés par la recourante ne suffisent pas à retenir une surveillance personnelle permanente au sens entendu par la jurisprudence fédérale sur cette question (cf. consid. 7a supra). On retiendra en revanche que la recourante est susceptible d'être laissée seule à son domicile durant plusieurs heures, ce qui permet de considérer que sa surveillance peut connaître de relativement longues interruptions. La présence d'un tiers n'apparaît donc pas nécessaire toute la journée, de sorte qu'on peut se rallier, in casu, à l'appréciation de l'intimé.

20. a) Eu égard à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'enquêtrice de l'intimé a observé (cf. rapport du 23 novembre 2021, point 4.2) :

« [...] Dans son logement, l'assurée est autonome pour la plupart des activités de la vie quotidienne et elle participe encore, à son niveau à certaines tâches ménagères légères.

Bien qu'une aide lui soit apportée pour le ménage et l'achat de produits courants, son état de santé lui permet encore de s'occuper de tout le reste.

De plus, en raison de l'obligation de réduire le dommage et de l'aide exigible, l'aide apportée ne dépasse pas deux heures/semaine et ne peut être retenue.

Son état de santé lui permet encore de vivre de manière autonome à domicile.

[...]

Planification et structure de la journée :

L'assurée note ses rendez-vous dans le calendrier de la cuisine. Le mari lui rappelle ses rendez-vous du lendemain, voire les lui rappelle à nouveau le matin même, sinon, elle a tendance à les oublier.

Elle travaille à 50 % dans les ateliers de [...], à [...].

Au vu de la situation avec son épouse, le mari a pu obtenir un jour fixe de congé, le vendredi. Avant, son jour de congé était aléatoire, selon les besoins de son employeur.

Ménage :

L'assurée participe à de petites tâches ménagères et c'est l'époux qui fait tout le reste, en raison des douleurs. Sur injonction, elle peut faire de petites tâches, comme nettoyer en surface, à sa hauteur, ranger ou épousseter... mais ne fait pas de tâches plus lourdes, ceci lui est trop compliqué et elle se montre ralentie. Elle prend peu d'initiative, et va rarement initier une activité ménagère lorsqu'elle est seule, mais participe lorsque son mari est là.

Lessive :

C'est l'époux qui gère presque intégralement le linge, l'assurée donnant les consignes pour trier le linge et programmer la machine. Elle repasse beaucoup moins qu'avant, uniquement les pièces qui le

nécessitent, et beaucoup moins fréquemment, moins d'une fois/mois. C'est l'époux qui sèche le linge au sèche-linge, le plie et le range. L'assurée a néanmoins signalé ci-dessus pouvoir prendre ses habits dans les armoires.

Cuisine :

L'époux gère la préparation des repas, avec l'aide de l'assurée, qui ne peut plus couper, éplucher, ni porter un plat lourd, bien que ces informations soient en contradiction avec l'expertise. Elle peut enfourner dans son four en bas, mais ne peut plus sortir un plat chaud du four. Elle pourrait se cuisiner un repas simple et rapide nécessitant peu de préparation.

Elle peut réchauffer un plat au micro-onde, à sa hauteur.

Tâches administratives :

L'assurée n'a pas toujours le réflexe de regarder dans la boîte aux lettres s'il y a du courrier. Elle ne va plus payer les factures à la poste et ne peut plus lire un courrier administratif seule, par manque de compréhension de concentration. C'est le mari qui gère l'intégralité de cette tâche. Son mari gère l'aspect financier et évite de le partager avec l'assurée, qui est très angoissée par leurs soucis financiers.

Gestion des questions de santé :

L'épouse peut appeler son médecin en cas de besoin, pour prendre rendez-vous.

Son mari essaye de participer aux rendez-vous médicaux, le plus possible, pour pouvoir coordonner le suivi et assurer une compréhension optimale. Il relève que c'est plus difficile pour le suivi psychiatrique, en raison des données confidentielles, et qu'il l'accompagne plus pour le suivi des douleurs.

Gestion de l'hygiène :

Il n'est pas nécessaire d'intervenir pour ce poste, l'assurée entreprend ses soins d'hygiène de manière spontanée.

Faire face aux imprévus :

L'assurée a peu de capacité à gérer les imprévus. Elle se montre très vite stressée et angoissée par certains événements. Son mari relève des crises d'angoisses ponctuelles irrégulières, qu'il trouve impressionnantes, où l'assurée pleure. Elle s'est notamment mise à pleurer une fois, lors des courses, car le budget n'était pas suffisant pour un achat qu'elle avait choisi. Son mari a reçu l'autorisation de son employeur, afin de garder son téléphone portable sur lui lorsqu'il est au travail, afin que l'assurée puisse l'appeler en cas de besoin.

[...]

Déplacements extérieurs :

L'assurée va travailler à [...] à pied tous les matins (env. 20 minutes de marche).

Lorsqu'elle n'est pas suffisamment bien, de manière irrégulière (2-3 fois/semaine, maximum), son mari la véhicule.

En raison de son atteinte, en lien avec un manque de concentration et une fatigue liée aux traitements, l'assurée conduit très peu et sur de plus courtes distances. Elle peut conduire jusqu'à [...].

Elle prend parfois le LEB seule.

Courses :

L'assurée accompagne l'époux une fois/3, environ une fois/mois, [...] à 10 minutes en voiture de chez eux. C'est donc principalement le mari qui va faire les courses seul. L'assurée évite d'y aller en raison du budget familial car elle a peur de prendre des articles qu'il n'aurait pas les moyens de payer. Elle a déjà fait une crise d'angoisse dans le magasin et a pleuré pour cette raison.

Banque, poste :

Les tâches administratives sont entièrement gérées par le mari et c'est lui qui se rend à la banque ou à la poste, s'il le faut.

Achat d'habits :

S'il faut faire des achats spécifiques pour la maison, c'est le mari qui y ira seul. Pour acheter des habits à l'assurée, elle y va, accompagnée de son mari, ce qui est très rare, pas plus d'une fois/an.

Rdv médicaux :

L'assurée se rend à ses rendez-vous médicaux seule en voiture. Son mari l'accompagne ponctuellement, selon ses horaires de travail.

Elle va commencer des séances de physiothérapie en piscine, à [...], et prévoit d'y aller en voiture, en ou en LEB, seule, ce qui est aussi l'occasion d'une sortie pour elle. »

b) De son côté, la recourante allègue ne pas pouvoir vivre de manière indépendante, relevant que son époux se charge désormais de l'essentiel des tâches ménagères, administratives et des courses. Elle se prévaut, une nouvelle fois, des différents rapports établis par le Dr C._____. Ce dernier a relevé que sa patiente se contentait d'une participation à la réalisation des diverses activités au domicile, alors qu'elle gérait intégralement son ménage auparavant (cf. notamment : rapport du 22 décembre 2021). Ce praticien a estimé que l'assistance du mari de la recourante devait être chiffrée à plus de six heures, depuis l'accident de janvier 2017 (cf. rapport du 8 avril 2022). Il a enfin rappelé que le trouble dépressif dont souffrait la recourante impliquait la présence constante d'un tiers, en particulier en raison du risque suicidaire (cf. rapport du 18 mai 2022).

c) aa) En l'espèce, force est d'observer que les empêchements allégués par la recourante dans la réalisation des tâches ménagères sont essentiellement liés à sa symptomatologie douloureuse. Ainsi qu'il a été rappelé à maintes reprises supra, cette symptomatologie n'a pas été objectivée par les experts somaticiens l'ayant examinée, lesquels n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle. Partant, nombre des restrictions mentionnées par la recourante ne sont aucunement justifiées, alors que le Dr C._____ ne vient apporter aucun élément médical nouveau, qui permettrait objectivement de mettre en doute les conclusions des experts. Dès lors, les griefs de la recourante doivent être écartés. S'agissant des courses et des tâches administratives, susceptibles de causer du stress à la recourante, il apparaît exigible que son mari

supplée à ses difficultés. On notera d'ailleurs que l'époux de la recourante gérait l'essentiel de ces postes par le passé, ainsi qu'il ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage du 23 novembre 2021 (p. 8 et 9). Au demeurant, une réorganisation de la communauté d'habitation dans le sens d'une nouvelle répartition des tâches ménagères n'apparaît pas disproportionnée au sens de la jurisprudence citée sous consid. 9c supra, de sorte que l'on peut attendre du mari et de la fille de la recourante une participation plus importante aux tâches ménagères. Il s'ensuit qu'on peut retenir, à l'instar de l'intimé, que la première situation, envisagée par l'art. 38 al. 1 let. a RAI, n'est pas réalisée, étant donné les activités qu'elle est encore physiquement en mesure de réaliser.

bb) Eu égard à la deuxième éventualité, prévue par l'art. 38 al. 1 let. b RAI, la recourante est en mesure de se rendre seule sur son lieu de travail, ce qu'elle ne conteste pas, et de se déplacer librement hors de son domicile. Il convient dès lors de considérer, avec l'intimé, que la recourante ne se trouve pas dans la situation prévue par l'art. 38 al. 1 let. b RAI.

cc) S'agissant du risque d'isolement, on peut d'emblée exclure cette problématique, dans la mesure où la recourante fait ménage commun avec son époux et sa fille. Elle se rend par ailleurs quotidiennement auprès de la Fondation L._____ pour y travailler. La situation visée à l'art. 38 al. 1 let. c RAI n'est donc pas réalisée en l'occurrence.

21. a) En définitive, ainsi que l'a retenu à bon droit l'intimé, la recourante ne présente aucune des situations alternatives prévues par l'art. 37 RAI, de sorte qu'elle ne peut prétendre une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit donc être rejeté et la décision de l'intimé du 24 février 2022 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B._____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :