

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2026

Composition : M. NEU, président
Mmes Glas et Peris, assesseures
Greffier : M. Genilloud

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

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

En fait :

A. **a)** B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mariée et mère de trois enfants nés en 1997, 1998 et 2002, titulaire d'un diplôme de secrétaire et d'un diplôme de couturière, tous deux obtenus en U***, est femme au foyer depuis le 1^{er} avril 1997.

Le 19 juillet 2021, l'assurée a, sous la plume de son mandataire, Me Jean-Michel Duc, déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'un besoin d'aide pour l'acte « Se vêtir/se dévêtir » (difficultés pour s'habiller depuis 2014), « Manger » (incapable de cuisiner et de couper les légumes - aide D._____) et d'un besoin d'accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie (aide D._____). Elle a précisé qu'elle avait besoin de rester alitée entre trois et quatre heures par jour, qu'en raison des douleurs elle ne pouvait plus se mouvoir en sécurité et que l'aide lui était apportée par ses enfants et par D._____ pour la ville et la campagne à raison de six heures par semaine.

A la lecture du dossier constitué par l'OAI, il appert que l'assurée souffrait, depuis 2015, de douleurs aux petites articulations des mains, aux coudes, au bas du dos, aux poignets et aux genoux, de raideurs, d'une faiblesse (moins capable de porter des choses, impossible d'effectuer des gestes raffinés comme fermer des boutons ou faire des retouches), d'une fatigabilité très prononcée, d'épisodes aigus de douleurs importantes avec tuméfaction objectivée des membres supérieurs, de difficultés à se déshabiller seule et à accomplir des tâches au domicile comme faire le ménage ou la cuisine, faire des courses et pousser des chariots, de douleurs après courte durée derrière un ordinateur, d'une fatigue rapide à la marche de plus de trente minutes et d'une thymie conservée, sauf au moment de l'exacerbation aiguë des douleurs (cf. rapport du 26 décembre 2019 de la Dre F._____, médecin traitante de l'assurée). L'hypothèse d'une spondylarthrite axiale et périphérique séronégative, évoquée par la Dre F._____, n'avait alors pas été confirmée (cf. notamment rapport du 27

février 2020 à l'OAI de la Dre N._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, rapport du 1^{er} avril 2020 du Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, et expertise du 11 janvier 2021 du C._____, mise en œuvre par l'OAI dans le cadre de l'examen du droit à la rente à la suite de la demande de prestations déposée le 8 octobre 2020 par l'assurée). Un bilan IRM effectué par la suite a mis en évidence une chondropathie profonde de la rotule de stade IV du genou gauche, une déchirure de grade II du ménisque interne du genou gauche et une chondropathie interne de grade II du genou gauche, à l'origine de gonalgies gauches depuis la fin de l'année 2020 (cf. rapport d'IRM du genou gauche du 24 février 2021 du Dr J._____, spécialiste en radiologie, et rapport du 16 mars 2021 du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), un œdème intra-osseux des os du tarse prédominant sur l'os naviculaire avec épanchement intra-articulaire et prise de contraste de la synoviale sans pannus ni érosion osseuse périarticulaire, suggérant une atteinte mixte dégénérative et inflammatoire, une bursite pré-achillienne et un épaissement de la composante médiale du fascia plantaire sur enthésopathie, à l'origine de douleurs au niveau du médio-pied et à l'arrière-pied à gauche (cf. rapport d'IRM de la cheville et du pied gauches du 24 mars 2021 du Dr J._____ et rapport du 25 mars 2021 de la Dre L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation), ainsi qu'une discopathie dégénérative protrusive L5-S1, de discrets remaniements dégénératifs inter-facettaires postérieurs en L4-L5 gauche avec prise de contraste congestive (cf. rapport d'IRM de la colonne lombaire du 14 juillet 2021 du Dr J._____). Sur le plan psychiatrique, l'assurée souffrait d'un état dépressif récurrent réactivé dans le cadre d'une séparation en novembre 2019 (F33.1) et d'un syndrome de stress post-traumatique complexe lié à des maltraitances dans l'enfance (F43.1), entraînant des difficultés organisationnelles et d'exécution dans les tâches de la vie quotidienne (cf. rapport du 15 janvier 2020 à l'OAI de la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

Selon un rapport du 17 juin 2022 de l'OAI relatif à une enquête visant à déterminer l'impotence, effectuée le 10 juin 2022 au domicile de l'assurée, l'intéressée n'avait besoin d'aucune aide régulière et importante

(directe ou indirecte) pour aucun des actes ordinaires de la vie, ni d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. L'enquêtrice a estimé que l'assurée était autonome pour les actes quotidiens, même si tout lui prenait plus de temps en raison des douleurs, de la fatigue et du manque d'énergie, et que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR (pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de travail en zone basse ou accroupie, pas de port de charge lourde répétitive, pas de franchissement répétitif d'escaliers, d'escabeau ou d'échelle ; activité assise avec possibilité de se lever par intermittence à privilégier ; diminution moyenne de l'endurance, diminution des activités spontanées et de l'aptitude à se déplacer) ne justifiaient pas un besoin d'aide pour l'accompagnement.

Par projet de décision du 23 juin 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui nier le droit à une allocation pour impotent, au motif que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible (pas de besoin d'aide importante et régulière pour au moins deux actes ordinaires de la vie et pas de besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaines en moyenne sur une période de trois mois) n'étaient pas remplies.

Le 23 août 2022, l'assurée, par son mandataire, a transmis ses objections à l'encontre de ce projet de décision. En substance, elle a fait valoir que l'enquête ménagère reposait sur une appréciation erronée de son état de santé. En tant que l'expertise du C._____ du 11 janvier 2021 n'était pas probante et que son état de santé s'était aggravé postérieurement, ce qu'avait admis le SMR, l'enquêtrice ne pouvait pas nier l'incapacité au motif que ses plaintes ne correspondaient pas aux limitations – contestées – décrites par le SMR. Elle a produit un rapport du 12 juillet 2022 de la Dre N._____, un rapport du 3 août 2022 de P._____, ergothérapeute, et une prescription médicale pour la remise d'un fauteuil roulant du 3 août 2022.

Dans un rapport du 25 août 2022, la Dre N._____, tout en précisant qu'un bilan radiologique complet avait été effectué en juillet et

qu'au niveau rachidien et du bassin (cf. rapport d'IRM de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques du 7 juillet 2022 et rapport d'IRM du bassin du 11 juillet 2022 du Dr A._____, spécialiste en radiologie), des signes inflammatoires avaient été mis en évidence, a confirmé l'existence d'une spondylarthrite séronégative.

Le 30 septembre 2022, l'assurée a complété ses objections, arguant que le volet psychiatrique de l'expertise du 11 janvier 2021 n'était pas probant. Il en voulait pour preuve le rapport du 19 août 2022 de la Dre M._____, laquelle faisait mention d'un état dépressif récurrent et d'un syndrome de stress post-traumatique complexe en sus de la problématique rhumatologique, avec une thymie très basse, des pleurs incoercibles, une asthénie, une anhédonie, un repli sur soi et des angoisses majeures déstructurantes.

Dans un rapport du 6 décembre 2022, établi à la demande de l'OAI, la Dre M._____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était péjoré cette année, faisant état, en sus des éléments rapportés dans son rapport du 19 août 2022, d'un sommeil impacté par les douleurs, de troubles de la mémoire et de la concentration et de la possibilité de présenter des épisodes dissociatifs dans les moments d'angoisse ou de perturbation émotionnelle importants.

Dans un rapport du 27 janvier 2023, établi à la demande de l'OAI, la Dre N._____ a indiqué que la situation clinique avait été globalement stationnaire au fil des ans, ce malgré l'instauration de plusieurs traitements de fond. La situation rhumatologique s'était clairement aggravée à partir du mois d'avril 2022, à la suite de l'arrêt du traitement de fond. Si une amélioration clinique avait été observée depuis l'instauration du traitement de Rinvoq concernant les rachialgies et certaines douleurs périphériques, des douleurs localisées au niveau de la cheville/pied gauche et du genou gauche persistaient et limitaient clairement ses déplacements, avec l'utilisation, par moments, d'un fauteuil roulant. Les limitations fonctionnelles consistaient en des douleurs, l'exacerbation des douleurs lors d'activités physiques, une fatigue et une fatigabilité.

Dans le cadre de l'instruction du droit à la rente, l'OAI, se fondant sur un avis du 13 mars 2023 du SMR, a mis en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire avec volets rhumatologique et psychiatrique afin de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis l'expertise du 11 janvier 2021 du C._____. Les questions relatives à l'allocation pour impotent ont été intégrées à cette expertise.

Dite expertise a été confiée à BD._____ SA, singulièrement aux Drs H._____, spécialiste en rhumatologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont rendu leur rapport le 31 juillet 2023. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de spondylarthrite axiale et périphérique HLA B27 négative, avec atteinte inflammatoire axiale et périphérique au niveau des sacro-iliaques, hanches, mains et pieds (M45), de lombalgies chroniques mixtes avec une composante dégénérative (M545), de cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative cervicoarthrosique (M542), de gonalgies gauches sur gonarthrose avec chondropathie rotulienne de stade IV et fémorotibiale interne de stade II (M179), de fibromyalgie sévère (M797) et d'épisode dépressif d'intensité moyenne, avec syndrome somatique (F32.00). Les limitations fonctionnelles retenues étaient, d'un point de vue rhumatologique, la nécessité d'une activité à prédominance sédentaire permettant d'alterner les stations assise et debout et de changer régulièrement de positions avec de courtes pauses, l'absence de contraintes rachidiennes posturales notamment en antéflexion et les rotations et mouvements en porte-à-faux du buste, l'absence d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg depuis le sol, l'absence de marche prolongée ou sur terrain irrégulier, pas de station en zone basse ou accroupie, pas d'usage d'échelle ou d'escabeau, pas de montée et de descente d'escaliers ainsi que la nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail pour limiter la fatigue chronique, et, sur le plan psychiatrique, la nécessité d'un travail répétitif, sans prise de décision immédiate et sans traitement simultané d'informations multiples. S'agissant plus particulièrement de la problématique de l'impotence, les experts ont considéré que l'assurée ne décrivait pas de besoin d'aide pour l'acte « Se vêtir/se dévêtir » et qu'elle

était autonome pour les actes « Se lever/s'asseoir/se coucher », « Manger », « Faire sa toilette/soins du corps » et « Aller aux toilettes ». S'agissant de l'acte « Se déplacer », ils ont relevé qu'en fonction des situations, l'assurée leur faisait part de l'utilisation d'une canne, d'un rollator ou d'un fauteuil roulant manuel et qu'elle portait en permanence des semelles orthopédiques ; elle se disait limitée dans ses déplacements par les douleurs rachidiennes, principalement lombaires, ainsi que des douleurs aux deux pieds et évaluait son autonomie de marche à une dizaine de minutes environ pour une distance parcourue de 200 mètres. S'agissant du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, les experts ne s'étaient pas expressément prononcés (seul l'expert psychiatre ayant expressément nié un tel besoin), mais ont décrit les activités du quotidien que l'intéressée était capable, respectivement incapable de faire seule. Enfin, les experts ont estimé qu'une surveillance personnelle permanente n'était pas médicalement justifiée.

Par avis du 17 août 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise.

Selon un rapport du 5 février 2024 de l'OAI relatif à une enquête visant à déterminer l'impotence, effectuée les 8 et 29 janvier 2024 au domicile de l'assurée, l'intéressée n'avait besoin d'aucune aide régulière et importante (directe ou indirecte) pour aucun des actes ordinaires de la vie, ni d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Si les éléments transmis par l'assurée et la teneur de l'expertise et de l'avis du SMR permettaient de constater l'existence de certaines difficultés pour accomplir certains gestes du quotidien, l'enquêtrice a toutefois estimé que cela ne justifiait pas un besoin d'aide important et régulier dans les actes, ni un accompagnement.

Par décision du 1^{er} mars 2024, l'OAI a en tout point confirmé son projet de décision du 23 juin 2022.

B. Par acte du 4 avril 2024, B._____, sous la plume de son mandataire, Me Duc, a déféré la décision du 1^{er} mars 2024 de l'OAI auprès

de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à sa réforme, en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une allocation pour impotent dès le 1^{er} juillet 2020, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. En substance, elle faisait valoir que le rapport d'enquête à domicile du 5 février 2024 n'était pas probant dans la mesure où aucune visite de l'appartement n'était intervenue et où il minimisait très largement ses limitations. L'expertise du BD._____, sur laquelle s'était fondé l'OAI, n'était pas convaincante, que ce soit sur le plan psychiatrique ou rhumatologique, et minimisait également la gravité de ses atteintes, raison pour laquelle le mandataire allait produire une contre-expertise. Il a requis la mise en œuvre de débats publics.

Dans sa réponse du 27 mai 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, indiquant que le rapport d'enquête à domicile devait se voir conférer une pleine valeur probante.

Par réplique du 21 juin 2024, l'assurée a confirmé ses moyens et conclusions, précisant qu'une expertise psychiatrique privée était en train d'être mise sur pied pour contester la position de l'OAI.

Dans ses déterminations du 8 juillet 2025, l'assurée a produit un rapport d'expertise du 28 avril 2025 établi par le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M. E._____, psychologue, lesquels ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes psychotiques (6A71.1) et de trouble de stress post-traumatique complexe (6B41), avec, à titre de limitations fonctionnelles, notamment une fatigabilité, un sentiment d'injustice et de victimisation, des ruminations dépressives et un manque d'espoir en l'avenir, entraînant un repli sur soi, une apathie, une incapacité à initier des activités satisfaisantes, entraînant la chronicisation d'une dysthymie, un ralentissement psychomoteur, un pessimisme marqué, une incapacité à gérer des conflits, une tendance à développer des stratégies paranoïaques, des explosions de colère, une hyperémotivité ponctuelle, une incapacité à gérer tout rapport hiérarchique et toute demande de rendement, tant que

l'instabilité émotionnelle persistait, un évitement émotionnel et une pauvreté des affects, entraînant un manque de compassion de l'entourage vis-à-vis de ses difficultés, un isolement social, un défaut d'affirmation de soi, une forte suggestibilité et une rigidité limitant sa capacité décisionnelle et les responsabilités qui pouvaient lui être confiées dans un cadre professionnel, ainsi qu'une diminution de toutes ses ressources externes, mettant en défaut sa capacité d'adaptation en entraînant une perte de confiance en soi et une majoration de la symptomatologie physique et psychique. Selon l'assurée, cette nouvelle expertise démontrait qu'aucune valeur probante ne devait être reconnue à l'expertise du BD._____.

Dans ses déterminations du 29 juillet 2025, l'OAI, se référant à des avis des 13 juin et 21 juillet 2025 du SMR, a derechef conclu au rejet du recours.

Le 31 juillet 2025, l'assurée a produit un rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 4 juillet 2025 établi par la Dre O._____, spécialiste en radiologie, et un rapport du 7 juillet 2025 de la Dre N._____, laquelle faisait état d'une maladie de Verneuil et d'une aggravation des troubles dégénératifs, qui étaient plus étendus et prononcés comparativement à l'imagerie de 2021.

Dans son écriture du 4 septembre 2025, l'OAI, se référant à un avis du 14 août 2025 du SMR, a conclu au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 23 septembre 2025, l'assurée a indiqué que le Dr I._____, en désaccord avec l'appréciation du SMR, confirmait la teneur de son expertise.

Par pli du 30 octobre 2025, la recourante a indiqué qu'elle renonçait à la tenue de débats publics.

Le 30 janvier 2026, l'assurée a produit un certificat médical du 12 janvier 2026 de la Dre R._____, spécialiste en dermatologie et en

vénéréologie, duquel il résultait qu'elle souffrait d'un lupus en cours d'investigation.

Le 5 mars 2026, l'assurée a produit un rapport du 19 janvier 2026 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un rapport d'IRM de la cheville et du pied gauches du 10 février 2026 du Dr J._____, un rapport d'IRM du pied droit du 11 février 2026 du Dr S._____, spécialiste en radiologie, un rapport du 12 février 2026 du Prof. V._____, spécialiste en dermatologie et en vénéréologie, et du Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, un rapport du 19 février 2026 de la Dre N._____, un rapport du 2 mars 2026 de la Dre M._____ et un rapport du 3 mars 2026 de la Dre F._____.

Dans ses déterminations du 24 mars 2026, l'OAI, se fondant sur un avis du SMR du 13 mars 2026, a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

En droit :

1. La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent.

3. L'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 des modifications législatives et réglementaires 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) n'a pas modifié les conditions du droit à une allocation pour impotent.

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 ; l'art. 42^{bis} (disposition pour les mineurs) est réservé

(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 la santé, a durablement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a besoin que d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (al. 3).

c) Le droit à une allocation pour impotent naît dès qu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable (art. 42 al. 4, deuxième phrase, LAI).

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) ; ou
- 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) ;
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI.

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).

Les activités de représentation et d'administration dans le cadre des mesures de protection de l'adulte au sens des art. 390 à 398 du code civil (CC) ne sont pas prises en compte (art. 38 al. 3 RAI).

6) a) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- 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 (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c).

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_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 5.2.1 et la référence citée).

c) Il faut que l'aide requise soit régulière et importante pour être prise en considération au titre de l'impotence. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI).

d) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie. 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 ; ch. 2015 et 2017 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 28 ss ad art. 42 LAI, p. 605 et références citées).

7. 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).

aa) Dans la première éventualité (art. 38 al. 1, let. a, RAI), 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 ; TF 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). 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_354/2023 du 15 novembre 2023 consid. 2.2 ; 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4).

bb) Dans la deuxième éventualité (art. 38 al. 1, let. b, RAI ; 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_354/2023 précité consid. 2.2 ; 9C_425/2014 précité consid. 4.1 et 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3).

cc) Dans la troisième éventualité (art. 38 al. 1, let. c, RAI), 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_354/2023 précité consid. 2.2 et 9C_425/2014 précité consid. 4.1). Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des rencontres (ATF 133 V 450 consid. 9 ; TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2.1).

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 home 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 (ATF 116 V 322 consid. 6.1 ; 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).

8. 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. Michel Valterio, op.cit., n° 7 ad art. 42 LAI, pp. 597 et 598).

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_354/2023 du 15 novembre 2023 consid. 2.3 ; TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; TF 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

c) L'aide exigible de tiers dans le cadre de l'organisation 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 (TF 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4). Il faut néanmoins se demander comment une communauté familiale raisonnable s'arrangerait si elle ne pouvait compter sur aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2). Cette aide va plus loin que le soutien auquel on peut s'attendre en l'absence d'atteinte à la santé (ch. 2100 CSI).

9. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) 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, ce qui ne signifie toutefois pas que l'enquêteur devrait être lui-même médecin ou ergothérapeute (TF 9C_560/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.2.2). 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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

10. En l'espèce, l'OAI, se fondant sur le rapport d'évaluation à domicile du 5 février 2024, a nié à la recourante le droit à une allocation pour impotent, faute pour celle-ci de présenter un besoin d'aide importante et régulière pour l'un des actes ordinaires de la vie ou d'un besoin d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois. De son côté, la recourante remet en cause la valeur probante du rapport d'évaluation à domicile du 5 février 2024 ; en tant qu'il repose essentiellement sur les limitations fonctionnelles – sous-estimées – décrites par l'expertise du 31 juillet 2023 du BD._____, il se fonderait sur une appréciation erronée de son état de santé.

a) Il convient tout d'abord d'observer que les experts du BD._____ ont exposé à satisfaction les diagnostics affectant la santé de la recourante. Ils ont également décrit en détails les limitations fonctionnelles, d'ordre rhumatologique (la nécessité d'une activité à prédominance sédentaire permettant d'alterner les stations assise et

debout et de changer régulièrement de positions avec de courtes pauses, l'absence de contraintes rachidiennes posturales notamment en antéflexion et les rotations et mouvements en porte-à-faux du buste, l'absence d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg depuis le sol, l'absence de marche prolongée ou sur terrain irrégulier, pas de station en zone basse ou accroupie, pas d'usage d'échelle ou d'escabeau, pas de montée et de descente d'escaliers ainsi que la nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail pour la limiter la fatigue chronique et psychiatrique (la nécessité d'un travail répétitif, sans prise de décision immédiate et sans traitement simultané d'informations multiples). Or, à la lecture des rapports établis par les différents médecins traitants de la recourante, force est de constater que la reconnaissance de limitations fonctionnelles supplémentaires ne se justifie pas. Il convient donc d'examiner l'impotence de la recourante à la lumière des restrictions énumérées au sein du rapport d'expertise du BD._____.

b) L'OAI a par ailleurs mis en œuvre une enquête ménagère, réalisée au domicile de la recourante les 8 et 29 janvier 2024, en vue de déterminer l'impotence de l'intéressée. Ce rapport, daté du 5 février 2024, constitue *a priori* un document exhaustif sur les points pertinents, tient compte de la situation spatiale et familiale de la recourante, se fonde sur les explications fournies spontanément par cette dernière, en particulier les limitations fonctionnelles subjectives, et ne contient aucune contradiction ni erreur manifeste. Par ailleurs, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle fait valoir que l'enquête domiciliaire ne répondait pas aux réquisits jurisprudentiels dès lors qu'aucune visite de son appartement n'était intervenue. Il ressort en effet expressément du rapport d'enquête pour l'évaluation du degré d'impotence du 5 février 2024 que l'entretien s'était déroulé au domicile de l'intéressée « en sa présence ainsi que celle d'une amie pour la traduction et de Maître X._____ ».

c) Reste à examiner d'office si la recourante, en raison de son atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, étant précisé que dans sa demande de prestations déposée le 19 juillet 2021, la

recourante n'a fait état d'un besoin d'aide que pour les actes « Se vêtir/se dévêtir » et « Manger » et d'un besoin d'accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie.

aa/i) S'agissant de l'acte « Se vêtir/se dévêtir », les experts ont relevé que la recourante ne décrivait pas le besoin d'une aide extérieure pour se vêtir et se dévêtir. Elle devait toutefois alterner les positions assise et debout. Elle avait également adapté ses tenues vestimentaires et utilisait un chausse-pied ainsi qu'un enfile-bouton. Quant à l'évaluatrice, elle a nié le besoin d'aide, indiquant que la recourante pouvait se vêtir de manière autonome, bien que cela lui prenne du temps. L'intéressée évaluait à environ deux heures le temps nécessaire pour se laver et s'habiller en raison de la fatigue, des douleurs et du temps de repos nécessaire entre chaque geste.

ii) Il convient de rappeler qu'une impotence peut être reconnue pour réaliser l'acte « Se vêtir/se dévêtir » lorsque l'assuré ne peut lui-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou un moyen auxiliaire. Il y a également impotence lorsque l'assuré peut certes s'habiller seul, mais en raison de problèmes cognitifs, ne peut pas faire correspondre sa tenue aux conditions météorologiques ou confond l'envers et l'endroit de ses vêtements. La préparation des vêtements ne peut être prise en considération (ch. 2026 CSI).

iii) En l'occurrence, force est de constater, en l'absence de rapport médical au dossier suggérant le contraire, que la recourante est en mesure de procéder à son habillage et déshabillage. On ne voit pas, au vu des limitations fonctionnelles retenues, qu'une aide pour cet acte soit véritablement nécessaire. Au demeurant, l'expert en rhumatologie (cf. p. 17/49 de l'expertise du 31 juillet 2023) a observé que l'habillage et le déshabillage se faisaient principalement en position assise mais de manière autonome, même pour enlever et remettre les chaussettes et les chaussures. Il est par ailleurs exigible de la part de la recourante qu'elle consacre davantage de temps pour limiter ses douleurs (CSI ch. 2023). Aussi, le port de vêtements amples – plus faciles à enfiler – ou de vêtements

sans bouton et l'utilisation de moyens auxiliaires tel qu'un chausse-pied ou un enfile-bouton constituent des mesures exigibles de la part de l'intéressée en vertu de son obligation de diminuer le dommage. L'absence de besoin d'aide pour l'acte « Se vêtir/se dévêtir » peut dès lors être confirmée.

bb/i) S'agissant de l'acte « Se lever/s'asseoir/se coucher », les experts ont considéré que la recourante était autonome pour ses transferts entre les positions assise, debout et couchée. L'intéressée exprimait toutefois des difficultés et une lenteur pour les réaliser. De son côté, l'évaluatrice a indiqué que la recourante était autonome pour ses transferts, mais qu'elle devait prendre appui pour se lever d'une chaise.

ii) A teneur des directives administratives, il y a impotence lorsqu'il est impossible à l'assuré de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. S'il peut néanmoins changer de position lui-même, il n'y a pas impotence (ch. 2030 CSI). S'il est impossible à l'assuré de se mettre au lit, il est considéré comme impotent pour cet acte (ch. 2031 *in fine* CSI).

iii) En l'occurrence, aucun élément au dossier n'indique – et la recourante ne le prétend pas – qu'elle serait incapable de changer de position de manière autonome. A cet égard, on relèvera que retenir une autonomie pour l'acte en question n'est pas incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues. De plus, le fait que la recourante doive s'appuyer pour se relever n'est pas pertinent, tout comme la lenteur pour changer de position (cf. CSI ch. 2023). Le besoin d'aide pour l'acte « Se lever/s'asseoir/se coucher » doit par conséquent être nié.

cc/i) S'agissant de l'acte « Manger », les experts ont estimé que la recourante était autonome pour s'alimenter avec un repas préparé et pour boire. Elle pouvait utiliser seule ses couverts, mais sollicitait parfois de l'aide pour couper les aliments durs, notamment la viande. Sur ce point, l'évaluatrice a indiqué que la recourante mangeait de manière autonome. Son fils lui coupait la viande ou les aliments durs (aide irrégulière).

ii) L'acte « Manger » comprend essentiellement la capacité à couper les aliments et à se nourrir (porter les aliments à la bouche, mâcher et avaler la nourriture). Le choix des aliments et la préparation du repas ne constituent pas des fonctions partielles de l'acte en question (cf. TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 5.1 ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°19 ad art. 42 LAI, p. 602).

iii) En l'occurrence, la faculté pour la recourante de s'alimenter de manière autonome n'est remis en cause par aucun rapport au dossier. On précisera qu'il n'y a pas d'impotence lorsque, comme en l'espèce, la personne concernée n'a besoin d'aide directe que pour couper les aliments durs. De tels aliments n'étant pas consommés tous les jours, l'aide n'est en effet pas régulière ni importante (TF 8C_30/2010 du 8 avril 2010 consid. 6.2 ; CSI ch. 2037). Le besoin d'aide pour l'acte « Manger » doit par conséquent être nié.

dd/i) S'agissant de l'acte « Faire sa toilette/soins du corps », les experts, tout en relevant que la recourante utilisait une planche adaptée pour se doucher assise dans sa baignoire, ont indiqué que l'intéressée pouvait y entrer et en sortir de manière autonome avec toutefois certaines difficultés, l'intéressée devant s'accrocher au mobilier. Par ailleurs, la recourante décrivait une gêne fonctionnelle pour effectuer sa toilette quotidienne, notamment pour se laver les cheveux et se brosser les dents, même avec une brosse à dents électrique. A cet égard, elle s'était équipée d'un casque séchant pour les cheveux. Quant à l'évaluatrice, elle a indiqué que la recourante était autonome pour se laver les dents, les mains et le visage. Elle devait prendre un temps de repos après chaque action avant d'en effectuer une nouvelle. La recourante pouvait se coiffer car le geste était court. Depuis la fin de l'année 2023, elle se rendait chez le coiffeur pour se laver les cheveux car ce geste était devenu trop douloureux et surtout trop fatiguant (aide irrégulière). La recourante était autonome pour se laver ; elle a modifié la fréquence de la douche à un jour sur deux afin de limiter la fatigue. Elle utilisait la planche de bain car elle ne pouvait pas rester debout. La recourante évaluait le temps requis pour se vêtir et se

laver à deux heures en raison du temps de repos nécessaire, des douleurs et de la fatigue.

ii) Il y a impotence pour l'acte « Faire sa toilette » lorsque l'assuré ne peut effectuer lui-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle (se laver, se peigner, se raser, prendre un bain ou se doucher). En revanche, il n'y a pas impotence lorsque l'assuré a besoin d'aide pour se coiffer (TF 9C_562/2016 du 13 janvier 2017 ; ch. 2043 et 2044 CSI).

iii) En l'occurrence, au vu des éléments décrits, il y a lieu de confirmer l'appréciation de l'intimé, étant rappelé que le simple fait que l'accomplissement de l'acte soit plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier une impotence (TF 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4 ; CSI ch. 2023). Par ailleurs, l'utilisation de moyens auxiliaires, en l'occurrence d'une planche de bain et d'un casque séchant pour les cheveux, est raisonnablement exigible à titre de l'obligation de diminuer le dommage. Pour le reste, au vu des limitations fonctionnelles, on peut douter de l'impossibilité pour la recourante de réaliser la fonction partielle consistant à se laver les cheveux, ce d'autant plus qu'il existe des moyens auxiliaires permettant de palier ses difficultés. Quoi qu'il en soit, le fait d'aller chez le coiffeur pour se faire laver les cheveux constitue une aide irrégulière. L'absence de besoin d'aide pour l'acte « Faire sa toilette/soins du corps » retenue par l'intimé peut donc être confirmée, ce qui n'est au demeurant pas véritablement contesté par l'intéressée.

ee/i) S'agissant de l'acte « Aller aux toilettes », les experts ont indiqué que la recourante, qui ne disposait pas de toilettes adaptées (non surélevées et sans barre d'appui), s'aidait de son lavabo. Si la recourante décrivait des difficultés au changement de position, elle restait cependant autonome et n'utilisait pas de sondage ou d'appareillage adapté. L'évaluatrice a quant à elle simplement indiqué que la recourante était autonome.

ii) Aux termes des directives, il y a impotence lorsque l'assuré a besoin de l'aide et de l'accompagnement d'un tiers pour vérifier son hygiène, pour se rhabiller, pour s'asseoir sur les toilettes ou pour s'en relever (ATF 121 V 88, consid. 6).

iii) En l'occurrence, un besoin d'aide pour l'acte « Aller aux toilettes » ne ressort pas du dossier, ce qui n'est pas contesté par la recourante. Le fait que la recourante doive s'appuyer sur le lavabo pour s'asseoir ou se relever ne se traduit pas par une impotence. Un besoin d'aide pour cet acte doit par conséquent être nié.

ff/i) S'agissant de l'acte « Se déplacer/entretenir des contacts sociaux », les experts ont relevé qu'en fonction des situations, la recourante utilisait soit une canne, soit un rollator, soit un fauteuil roulant manuel et portait en permanence des semelles orthopédiques sur mesure et des chaussures thérapeutiques. L'intéressée se disait limitée dans ses déplacements par les douleurs rachidiennes, principalement lombaires, ainsi que par les douleurs aux deux pieds, et évaluait son autonomie de marche à une dizaine de minutes environ pour une distance parcourue de 200 mètres. S'agissant de l'évaluatrice, celle-ci a indiqué que la recourante était autonome pour se déplacer dans l'appartement ; elle utilisait le rollator, les cannes ou le fauteuil roulant. La recourante n'empruntait plus les escaliers. L'assurée pouvait se rendre en voiture à ses rendez-vous médicaux ou à ses rendez-vous de loisirs. Elle utilisait les cannes pour se déplacer de l'appartement au garage, en utilisant l'ascenseur. Puis elle se parquait au plus proche, sur les places réservées aux personnes handicapées. Elle était capable de marcher quelques mètres avec ses cannes pour se rendre sur son lieu de rendez-vous. La recourante était capable de marcher sur quelques mètres, mais ne pouvait plus faire de ballade. Les déplacements prenaient du temps et la fatiguait, si bien qu'elle devait prendre des temps de repos. La recourante avait besoin d'aide pour les longs trajets (aide irrégulière). La recourante était capable de répondre au téléphone, de faire un appel et d'utiliser le mail comme moyen de communication. Elle voyait des amis à l'extérieur (café), mais ne sortait plus le soir en raison de la fatigue. Elle pouvait tenir une conversation en français

avec un soutien en anglais. En termes de concentration, cela devenait toutefois difficile après une heure de conversation environ.

ii) Il y a impotence lorsque l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, ne peut plus se déplacer de manière autonome dans son logement ou à l'extérieur, ou entretenir des contacts sociaux. Une impotence est admise pour l'acte ordinaire « Se déplacer » dès lors qu'une personne contrainte d'utiliser une chaise roulante en raison d'une incapacité à marcher (qu'elle soit complètement paraplégique ou non) a régulièrement besoin dans son quotidien d'une aide importante de tiers pour surmonter les obstacles dans un environnement non adapté à l'usage d'une chaise roulante (TF 8C_592/2020 du 15 avril 2021 consid. 4.2 ; ch. 2054s CSI).

iii) En l'occurrence, au vu des éléments relatés par les experts du BD. _____ et l'évaluatrice, au demeurant non remis en cause par les éléments médicaux au dossier, force est de constater que la recourante est capable de se déplacer seule à l'intérieur ou à l'extérieur de son logement, le cas échéant à l'aide de moyens auxiliaires (semelles orthopédiques, cannes, fauteuil roulant manuel, scooter électrique). Elle est également capable d'utiliser sur de courtes distances sa voiture automatique. Aucun besoin d'aide pour l'acte « Se déplacer/entretenir des contacts sociaux » ne peut dès lors être retenu, ce que la recourante ne conteste pas véritablement.

gg/i) S'agissant du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, les experts ont indiqué que la recourante vivait seule et qu'elle bénéficiait de plusieurs aides dans son quotidien : une aide-ménagère à raison de trois heures par semaine pour les tâches ménagères au domicile, une aide à raison de deux heures par semaine pour effectuer les courses hebdomadaires au supermarché et un service indépendant pour la gestion des déchets. Elle exprimait de grandes difficultés à cuisiner, utilisait un robot chauffant et de nombreux accessoires de cuisine adaptés. Elle achetait également des plats surgelés qu'elle réchauffait, mais elle expliquait ne pas avoir de repas équilibrés et allait parfois se coucher en

ayant faim. Elle disposait d'un lave-vaisselle, qu'elle pouvait remplir et vider avec des difficultés. L'entretien du linge était préférentiellement réalisé par l'aide-ménagère, laquelle effectuait l'ensemble des travaux ménagers (poussière, aspirateur, serpillière, nettoyage de l'électroménager et des sanitaires). Les experts ont ajouté que l'intéressée était titulaire du permis de conduire et qu'elle disposait d'un véhicule avec boîte automatique, qui lui permettait de conduire durant une dizaine de minutes environ, précisant qu'elle pouvait conduire au maximum trente minutes avec une pause à mi-parcours. La recourante expliquait ne jamais utiliser les transports en commun qui lui étaient trop difficiles d'accès du fait du fauteuil roulant ou des cannes, mais aussi des douleurs. Pour le reste, la recourante se décrivait comme autonome pour l'ensemble de ses démarches administratives et elle avait mis en place de nombreux versements bancaires automatiques par simplicité. Elle présentait des difficultés pour écrire, mais pouvait gérer le règlement des factures, les services officiels, la banque, la poste, les assurances, le suivi médical et les rendez-vous. Elle pouvait également effectuer des démarches en ligne et faire des commandes qui lui étaient livrées à domicile. Aussi, les experts ont considéré qu'aucune surveillance personnelle permanente n'était nécessaire, étant précisé que l'intéressée était équipée d'une montre connectée lui permettant d'alerter à distance en cas de besoin. De son côté, l'évaluatrice a indiqué que sans aide, la recourante ne serait pas placée en institution. Elle était apte à structurer sa journée, à gérer ses tâches administratives ainsi que les questions d'hygiène et d'alimentation. Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR expliquaient les difficultés pour effectuer les travaux lourds (aspirateur, serpillière, vitres) ou avec contraintes rachidiennes, mais cela ne justifiait pas un besoin d'aide de plus de deux heures par semaine. De plus, la recourante pouvait fractionner les tâches. La position debout n'était pas impossible mais elle devait varier les positions. Elle pourrait préparer un repas en variant les positions, soit en étant assise et debout. La recourante devrait pouvoir répartir de manière harmonieuse ses différentes tâches. Le fait que la recourante prenait plus de temps pour effectuer certaines activités ne signifiait pas qu'elle devait être placée dans un home. Concernant la question du besoin d'aide lui permettant de vivre de manière indépendante, l'évaluatrice a indiqué que

la recoursante était autonome pour prendre ses rendez-vous et gérer son agenda. Dans la vie de tous les jours, la recoursante était capable de gérer ses tâches administratives. Elle ne cuisinait plus ; elle mettait des aliments dans le Thermomix (œuf le matin) ou réchauffait un plat préparé par son fils ou acheté en magasin. Elle mangeait correctement un repas équilibré par jour. Elle ne mangeait toutefois pratiquement jamais le soir en raison des douleurs, de la fatigue et du manque d'élan. La recoursante n'arrivait plus à remplir et porter une casserole avec les quantités pour une personne. Elle pouvait remplir le lave-vaisselle car elle n'avait qu'une assiette ou une tasse à y mettre. Le geste était ainsi court. Pour le vider c'était plus difficile, car elle devait répéter le geste et porter plus de charge. Son fils apportait une aide tous les quinze jours lors de ses visites et la femme de ménage le faisait une fois par semaine. La recoursante était attentive à son hygiène personnelle. S'agissant du ménage, une femme de ménage venait une fois par semaine durant trois heures pour les sols, la salle de bain, changer les draps de lit et sortir les poubelles. La femme de ménage faisait le ménage courant ainsi que les gros travaux de nettoyage comme les vitres ou le frigo. Elle faisait également la lessive, le pli du linge ainsi que la litière des chats. La recoursante n'effectuait plus les travaux légers comme nettoyer le lavabo de la salle de bain ou passer la poussière en raison de la fatigue, des douleurs et des difficultés pour se déplacer dans l'appartement. Si elle ne pouvait pas gérer elle-même les imprévus en raison des douleurs et de la fatigue, elle était capable de contacter quelqu'un pour demander de l'aide. Pour ses activités hors du domicile, elle était accompagnée pour faire les courses en raison du port de charge ; elle pouvait toutefois réduire le dommage en faisant ses grosses courses lourdes en ligne et en se les faisant livrer. Les limitations fonctionnelles n'expliquaient pas le fait qu'elle ne puisse pas faire les courses légères. L'assurée se rendait de manière autonome en voiture à ses rendez-vous médicaux ou administratifs ainsi qu'à ses loisirs.

ii) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne comprend pas l'aide (directe ou indirecte) d'un tiers pour accomplir les six actes ordinaires de la vie, ni les soins, ni la surveillance. Il constitue plutôt un élément d'aide supplémentaire et indépendant (ATF 133 V 450).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie a pour but d'éviter que des personnes soient complètement laissées à l'abandon ou doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. Les prestations d'aide doivent être absolument indispensables pour vivre de manière autonome et éviter de devoir être placé dans un home. Il n'y a d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie que si la personne, compte tenu de l'obligation de collaborer et de réduire le dommage, n'est pas en mesure de prendre suffisamment soin d'elle-même, c'est-à-dire de se nourrir, de faire sa toilette, de s'habiller convenablement, d'entretenir un tant soit peu son logement, etc. (cf. ch. 2084 ss CSI). 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 a besoin d'aide pour au moins une des activités suivantes :

- structurer sa journée ;
- faire face aux situations qui se présentent au quotidien (par ex. questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) ;
- tenir son ménage.

iii) En l'occurrence, il convient de relever la description d'une journée type de la recourante, retranscrite en ces termes par l'évaluatrice :

« L'assurée se réveille vers 3 heures du matin, elle se lève fume du CBD, prend un Tramadol et met la couverture chauffante sur elle. Elle reste sur le canapé et regarde la TV. Vers 7 heure, elle met un œuf dans le Thermomix pour son petit déjeuner, elle se déplace avec le FR ou le rollator. La cuisson dure 10 minutes, ce qui correspond au temps de repos sur le canapé de l'assurée. Puis l'assurée prend son petit-déjeuner, elle mange des œufs et boit un café. Elle prend un temps de repos afin de ranger sa vaisselle. Remplir le LV est plus simple que le vider car elle n'a qu'une seule assiette à mettre. Toutefois, le geste l'épuise. Après le petit-déjeuner, l'assurée s'allonge environ une heure. Puis elle se prépare, là aussi elle doit fractionner et prendre des temps de repos. Elle va se déplacer avec le rollator à la salle de bain, se laver les dents et se laver le visage puis elle retourne s'allonger au salon. Par la suite, elle se rend dans la chambre à coucher ou elle va se coiffer et s'habiller. Elle fait sa douche tous les deux jours maintenant afin de limiter la fatigue. Le temps global pour se vêtir et se laver est de 2 heures en raison des nombreux temps de repos qu'elle doit prendre. L'assurée évite toujours de prendre des

RDV le matin, car cela est trop stressant pour elle. Après la préparation, son état dépend des jours parfois elle est épuisée et parfois elle est juste fatiguée. Pour le repas de midi, elle va réchauffer un plat déjà préparé soit par son fils soit acheté. Elle chauffe avec le Thermomix ou au micro-onde (en hauteur). L'assurée ne cuisine plus du tout depuis de nombreuses années, elle n'arrive pas se situer au niveau des dates. Elle n'est plus capable de cuire des pâtes même pour une personne, c'est trop épuisant et douloureux. L'après-midi, elle a des activités.

Lundi et mercredi : RDV médicaux, admin si possible.

Mardi : de 14 à 16h00, elle se rend à la Migros BG*** avec des amis pour faire des jeux de société. Durant l'après-midi, elle doit faire des pauses pour fumer du CBD et changer de position. Elle prend un coussin pour s'asseoir et ses amis assurent la logistique (aller chercher les consommations).

Le jeudi : elle a les cours de français le matin chez Z._____ à Y*** et l'après-midi la physio.

Le vendredi : elle va faire les courses à 14h00 avec l'aide aux courses. Durant la semaine, l'assurée fait max une activité par jour pour éviter d'être totalement épuisée.

Le week-end, l'assurée reste tranquille.

Elle ne fait plus d'activité le soir hors de son domicile et ne fait plus d'invitation.

Lorsqu'elle rentre le mardi, elle est épuisée, elle se prépare pour la nuit, et s'allonge sur le canapé. La plupart des soirs elle ne mange pas en raison de la fatigue et du manque d'élan pour se réchauffer un repas ou prendre un aliment dans le frigo. L'assurée épuisée par la journée, se couche vers 19h00 ».

Force est ainsi de constater, à l'instar de l'intimé, que la recourante est capable de vivre chez elle sans aide, qu'elle est apte à structurer sa journée, à gérer ses affaires administratives, les questions d'hygiène et d'alimentation ainsi qu'à tenir son ménage. Sur ce dernier point, il convient de constater que les limitations fonctionnelles retenues par les experts permettent d'expliquer uniquement certaines limitations concernant les travaux lourds mais pas pour les tâches ménagères plus légères. En tant que la recourante se contente de substituer sa propre appréciation à celle de l'évaluatrice, sans expliquer en quoi cette appréciation serait erronée, l'appréciation de cette dernière consistant à retenir qu'un besoin d'aide inférieur à deux heures par semaine en moyenne durant trois mois peut être confirmée. C'est d'autant plus vrai que son fils, qui certes ne vit plus sous le même toit, peut lui apporter, à titre de l'aide exigible, son aide ponctuelle pour certains travaux lourds lors de ses visites bimensuelles et que sans aide, la recourante ne serait pas placée en institution. Aussi, les limitations fonctionnelles n'expliquent pas les raisons pour lesquelles la recourante ne serait pas capable d'effectuer les courses

légères, le cas échéant de manière ponctuelle. S'agissant des courses lourdes, comme le relève l'intimé, il est exigible de la part de la recourante, en vertu de son obligation de réduire le dommage, qu'elle les commande en ligne et se les fasse livrer, ce d'autant plus que l'intéressée est capable de se servir d'un ordinateur et d'effectuer des commandes en ligne. Enfin, la capacité de la recourante à se déplacer, à honorer ses rendez-vous, à maintenir ses contacts sociaux excluent *de facto* l'application des éventualités prévues à l'art. 38 al. 1 let. b et c RAI.

c) En définitive, il ressort des éléments au dossier que la recourante n'a pas besoin d'aide importante et régulière pour effectuer un des actes ordinaires de la vie ni besoin d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois.

d) Ce constat n'est pas remis en cause par les rapports produits par la recourante postérieurement à la décision litigieuse.

aa) A la lecture de l'expertise privée du 28 avril 2025 du Dr I. _____ et du psychologue E. _____, on constate tout d'abord que ce rapport n'apporte aucun élément qui permettrait de conclure à un besoin d'aide ou à un besoin d'accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie. La question de l'impotence n'est en réalité pas abordée en tant que telle. Si les diagnostics posés (trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptôme psychotiques [6A71.1] et trouble de stress post-traumatique complexe [6B41]) diffèrent de ceux posés par les experts, repris dans le rapport d'évaluation relatif à l'impotence, les limitations fonctionnelles – psychiatriques – évoquées (pour rappel : une fatigabilité, un sentiment d'injustice et de victimisation, des ruminations dépressives et un manque d'espoir en l'avenir, entraînant un repli sur soi, une apathie, une incapacité à initier des activités satisfaisantes, entraînant la chronicisation d'une dysthymie, un ralentissement psychomoteur, un pessimisme marqué, une incapacité à gérer des conflits, une tendance à développer des stratégies paranoïaques, des explosions de colère, une hyperémotivité ponctuelle, une incapacité à gérer tout rapport hiérarchique

et demande de rendement, tant que l'instabilité émotionnelle persiste, un évitement émotionnel et une pauvreté des affects, entraînant un manque de compassion de l'entourage vis-à-vis de ses difficultés, un isolement social, un défaut d'affirmation de soi, une forte suggestibilité et une rigidité limitant sa capacité décisionnelle et les responsabilités qui pouvaient lui être confiées dans un cadre professionnel ainsi qu'une diminution de toutes ses ressources externes, mettant en défaut sa capacité d'adaptation en entraînant une perte de confiance en soi et une majoration de la symptomatologie physique et psychique) n'attestent pas un besoin d'aide ou un besoin d'accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie. Il ressort du reste du statut clinique et des constatations objectives que la recourante s'est présentée en avance, est venue seule avec sa propre voiture et présentait une hygiène et une tenue vestimentaire correctes, ce qui démontre qu'elle est autonome dans la gestion de sa personne, de ses rendez-vous et de ses déplacements.

bb) Les rapports du 7 juillet 2025 de la Dre N._____, du 12 janvier 2026 de la Dre R._____ et du 12 février 2026 du Prof. V._____ et du Dr W._____, faisant état notamment d'une maladie de Verneuil, de lombalgies chroniques (sans recrudescence), d'une péjoration des troubles dégénératifs rachidiens comparativement à l'IRM effectuée en 2021 (cf. rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 4 juillet 2025 de la Dre O._____), d'une recrudescence des douleurs de la cheville et du pied ou encore d'un lupus érythémateux cutané, n'attestent pas de limitation fonctionnelle supplémentaire qui justifierait un besoin d'aide ou un besoin d'accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie. S'agissant du rapport du 19 février 2026, la Dre N._____ se contente de reprendre les résultats des IRM des 10 et 11 février 2026 des pieds et des chevilles, sans faire état de nouvelles limitations fonctionnelles. Quant au rapport du 3 mars 2026 de la Dre F._____, il fait certes état d'une évolution défavorable avec une majoration des douleurs chroniques, une augmentation du recours aux antalgiques, des troubles du sommeil persistants avec majoration du traitement psychotrope, fatigue chronique importante et épuisement physique, une diminution significative de la mobilité et une augmentation des effets secondaires médicamenteux qui se

seraient installés progressivement « au cours des derniers mois». Or, indépendamment du fait que l'aggravation mentionnée par la Dre F. _____ semble être survenue postérieurement à la décision litigieuse, on constate que les limitations fonctionnelles décrites (position assise : maximum 1 heure et 30 minutes, avec douleurs importantes ; Station debout : maximum 10 minutes, avec aide auxiliaire et douleurs ; Marche : maximum 10 minutes, avec canne et douleurs significatives) sont superposables aux constatations de P. _____, dans ses bilans d'ergothérapie des 3 et 25 août 2022, et des experts du BD. _____, lesquels ont indiqué (p. 17 et 31 de l'expertise du 31 juillet 2023) que la recourante était restée assise dans son fauteuil roulant durant tout l'entretien, soit durant plus de 1 heure et 30 minutes. Enfin, les rapports du 19 janvier 2026 du Dr S. _____ et du 2 mars 2026 de la Dre M. _____ n'apportent aucun élément nouveau dont les experts du BD. _____ n'auraient pas tenu compte.

12. a) Eu égard à l'ensemble de ce qui précède, on retiendra que la recourante ne remplit aucune des conditions prévues à l'art. 37 RAI pour se voir reconnaître le droit à une allocation pour impotent. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 1^{er} mars 2024 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} mars 2024 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 mis à la charge de B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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).

Le greffier :