

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 septembre 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente
 MM. Perreten et Bytyqi, assesseurs
Greffier : M. Varidel

* * * * *

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 9 et 61 let. c LPGA ; art. 42 al. 1 à 3 LAI ; art. 37 et 38 RAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, ressortissante [...] établie en Suisse depuis 2004, séparée de son époux depuis 2008, a travaillé d'août 2017 à janvier 2021 comme auxiliaire de santé à 80 %.

Dans un rapport du 4 mars 2020 relatif à une consultation du 2 mars précédent, le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a indiqué que l'assurée présentait des cervico-scapulalgies chroniques, d'allure non spécifique, avec l'absence d'élément différentiel orientant vers un rhumatisme inflammatoire, une myopathie spécifique ou une collagénose. A son avis, l'étiologie des adénopathies mises en évidence par une IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis cervical du 21 février 2020 n'étaient pas l'expression d'une éventuelle maladie rhumatologique spécifique.

Le 26 octobre 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis avril 2020.

G._____ SA, assureur perte de gain de l'employeur, a confié la réalisation d'une expertise au Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport du 13 avril 2021, il a posé le diagnostic de cervico-lombalgies chroniques aspécifiques (une discopathie L4-L5 avec protrusion discale et des légères discopathies cervicales) avec effet sur la capacité de travail et ceux d'obésité de classe III (IMC [indice de masse corporelle] 40.1 kg/m²) avec déconditionnement physique global, de syndrome des apnées du sommeil traité par CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) et de tabagisme chronique, sans effet sur la capacité de travail. Selon cet expert, l'activité habituelle d'aide-soignante n'était plus exigible car l'assurée présentait un syndrome lombovertébral survenant dans le contexte de troubles dégénératifs (discopathie protrusive L4-L5) et statiques. Dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles (pas de ports ou de soulèvements de charges de plus de 10 kg, pas d'activités réalisées en position de porte-à-faux avec le buste, alternance des positions assise et debout toutes les trente minutes), elle aurait une pleine capacité de travail depuis le jour de l'expertise sur le plan rhumatologique.

Dans un rapport du 13 août 2021, le Dr K._____, médecin praticien et médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants d'obésité morbide (IMC 39.4), de syndrome d'apnées du sommeil et de syndrome anxio-dépressif depuis juin 2020. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 17 août 2019 en raison de la fatigabilité et des douleurs invalidantes présentées par sa patiente.

Le 2 février 2022, le Dr K._____ a fait savoir à l'OAI que la capacité de travail de sa patiente demeurerait nulle depuis août 2019 dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, retenant les diagnostics d'obésité morbide, de hernie discale et de syndrome anxio-dépressif avec effet sur la capacité de travail.

Aux termes d'un rapport à l'OAI du 8 février 2022, le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assurée depuis le 29 janvier 2021, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2 ; depuis 2011), de trouble de l'anxiété généralisée (F41.1) et d'obésité (E66). Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Dans un nouveau rapport du 25 août 2022 à l'OAI, le Dr I._____ a fait état des diagnostics incapacitants de trouble dépressif, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble de l'anxiété généralisée (F41.1) et d'hyperphagie (F50.4). Il a rapporté une amélioration de l'état émotionnel et en conséquence de l'hyperphagie chez sa patiente fragile. Le psychiatre a estimé qu'un temps partiel entre 20 et 40 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (difficultés dans la gestion des émotions avec des troubles d'anxiété et dépression ainsi que difficulté à confronter l'adversité) restait à déterminer selon l'évolution.

L'OAI a confié la réalisation d'un examen clinique bi-disciplinaire SMR aux Drs L._____, spécialiste en médecine physique et rééducation et en rhumatologie, et M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 24 mai 2023, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- Lombosciatalgies D chroniques, non déficitaires, non irritatives, dans un contexte de protrusion latérale G en L4-5 et de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés. M54.4

[...]

Diagnostics associés

- Douleurs chroniques de l'épaule G dans un contexte de conflit sous-acromial et de tendinopathie du supra-épineux.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Cervicalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs discaux débutants.
- Obésité de classe 2.
- Statut post entorse de la cheville G.
- Dysthymie (F34.1).
- Troubles mixtes de la personnalité, traits émotionnellement labiles de type borderline et traits histrioniques (F61.0).
- Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0).
- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F10.20). »

Au terme de leur examen, les Drs L._____ et M._____ ont retenu que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante mais de 100 % depuis le 9 avril 2021 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout statique au-delà de vingt minutes, et pas de port de charges répété au-delà de 5 kg. Epaule gauche : pas de travail prolongé du bras gauche au-dessus de la tête, pas de mouvements d'abduction-adduction répétés du bras, et pas de soulèvement de charges avec le membre supérieur gauche au-delà de 2 à 3 kg). Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail exigible était déterminée par la

tolérance mécanique du rachis lombaire et de l'épaule gauche ; elle était complète dans une activité adaptée au jour de l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr J._____ pour l'assurance perte de gain. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était entière depuis 2015 et n'avait pas évolué depuis lors, l'assurée étant apte à suivre des mesures d'ordre professionnel.

Dans un rapport non daté, enregistré au dossier de l'OAI le 31 mai 2023, l'infirmière en psychiatrie – consultante – *case manager* auprès d'O._____, Q._____, a indiqué que l'assurée présentait un besoin de structuration, de motivation aux soins d'hygiène et environnement, d'accompagnement en ambulatoire à certains rendez-vous ainsi que d'une approche thérapeutique pour les troubles de l'humeur et alimentaires, ceci à raison de deux fois par semaine.

Par projet de décision du 6 juin 2023, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations.

Le 19 juin 2023, l'assurée, représentée par Me Jean-Michel Duc, a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, annonçant avoir besoin de l'aide de tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie « se lever/s'asseoir/se coucher », étant précisé qu'elle avait besoin de l'aide d'une infirmière à domicile pour se lever depuis 2020, pour les « soins du corps », avec l'aide de l'infirmière le matin, et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », en précisant qu'elle ne sortait plus à moins d'être accompagnée de l'infirmière. Elle a également fait état d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, en réitérant le besoin d'être assistée tous les matins par une infirmière à domicile.

Par décision du 12 octobre 2023, l'OAI a confirmé son projet de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité du 6 juin précédent.

B. Par acte du 17 novembre 2023, l'assurée, sous la plume de son conseil, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision du 12 octobre 2023, en concluant à sa réforme, en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2021, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Le 4 décembre 2023, la recourante a produit un rapport du 12 octobre 2023 de sa médecin traitante consultée depuis le mois de juin 2022, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale.

Par arrêt du 29 juillet 2024, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision rendue le 12 octobre 2023 par l'OAI. Non contesté, cet arrêt est entré en force.

C. En parallèle à la procédure pendante devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, l'OAI a instruit la demande d'allocation pour impotent déposée par l'assurée le 19 juin 2023.

Le 12 janvier 2024, une évaluation de l'impotence a été réalisée à son domicile, en présence de celle-ci et de Me Caroline Stücki, avocate-stagiaire en l'étude de Me Duc. Dans son rapport du 26 janvier 2024, l'évaluatrice, après avoir recueilli les éléments relatés par l'assurée et tenu compte notamment du rapport d'examen clinique bi-disciplinaire SMR du 24 mai 2023 ainsi que du rapport du 31 mai 2023 de l'infirmière Q._____, n'a retenu aucun besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, de soins ou d'une surveillance personnelle permanente, ni d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Au terme d'une permanence SMR du 23 janvier 2023 [recte : 2024] sollicitée par l'évaluatrice en raison des nombreuses discordances constatées entre les éléments au dossier et les propos de l'assurée, elle a considéré que l'absence de diagnostic et de limitations fonctionnelles psychiatriques ne permettait pas d'expliquer le fait que l'assurée n'ait pas l'élan pour effectuer les gestes quotidiens. De même, les diagnostics incapacitants et

les limitations fonctionnelles – d'ordre somatique – retenus par le SMR dans son rapport du 24 mai 2023 ne permettaient pas de justifier le fait que l'assurée ait autant de difficultés pour effectuer ses soins d'hygiène et le ménage. L'évaluatrice estimait encore que les tâches ménagères pouvaient être fractionnées et que des moyens auxiliaires, tels qu'une planche de bain, l'utilisation d'une brosse à manche long ou encore d'un chausse-pied devraient sécuriser l'intéressée en lui permettant d'éviter d'avoir à se pencher en avant.

Dans un projet de décision du 29 janvier 2024, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande d'allocation pour impotent, au motif que les conditions d'octroi d'une allocation de degré faible n'étaient pas remplies. Il ressortait en effet du rapport d'évaluation de l'impotence du 26 janvier précédent qu'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'était pas nécessaire. En outre, la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvée.

Lors d'un entretien téléphonique du 20 février 2024, l'infirmière Q._____ a fait savoir à l'évaluatrice qu'elle se rendait au domicile de l'assurée deux à trois fois par semaine. Elle observait un déclin physique chez l'intéressée, laquelle bénéficierait à son avis de moyens auxiliaires, dont le financement lui aurait cependant été refusé par l'AI. Elle soulignait encore que l'alitement de l'assurée, rendu nécessaire par une augmentation des douleurs, constituait un cercle vicieux entraînant la prise de poids et la perte de vie sociale.

Par pli du 4 mars 2024, l'assurée, sous la plume de Me Duc, a fait valoir ses objections à l'encontre du projet de décision du 24 janvier 2024.

Le 15 mai 2024, l'assurée a déposé des objections complémentaires et produit un rapport du 13 mai 2024 de la Dre D._____, dans lequel celle-ci, répondant aux questions posées par le conseil de

l'intéressée, a fait état de divers diagnostics, ainsi que de limitations fonctionnelles physiques sous la forme de difficultés de mobilisation du fait de la problématique articulaire, de l'obésité et du déconditionnement, et psychologiques, par une baisse de l'élan vital, une asthénie, une aboulie, un trouble anxieux ainsi que des troubles du sommeil. La médecin traitante exposait également que sa patiente nécessitait une aide pour les actes de la vie quotidienne et bénéficiait du suivi d'une infirmière spécialisée en psychiatrie à raison de trois fois par semaine ainsi que d'une aide au ménage. En particulier, elle expliquait que l'assurée rencontrait des difficultés à se vêtir du fait de la limitation de la mobilité en lien avec les douleurs rachidiennes et aux épaules, ainsi qu'à l'obésité. Elle avait également besoin d'aide pour se laver, ainsi que pour se lever de son lit, en raison de douleurs articulaires, avec raideur et difficulté de mobilisation, accompagnées de troubles du sommeil avec inversion du rythme nyctéméral et insomnies. L'aide de l'infirmière à domicile était donc importante pour lui permettre de se lever le matin et garder un rythme adapté. La Dre D. _____ indiquait en outre, s'agissant des déplacements, que sa patiente parvenait à se déplacer à l'extérieur de manière autonome, sans nécessité de moyen auxiliaire, par exemple pour venir aux rendez-vous médicaux, mais que cela lui demandait de réels efforts, en raison de sa phobie sociale et de son anxiété généralisée qui lui faisaient anticiper de manière anxieuse les différentes étapes avant de devoir sortir de chez elle. Son pronostic était réservé quant à l'évolution psychiatrique.

Dans un avis médical du 11 juin 2024, le SMR a estimé que le rapport susmentionné produit par l'assurée n'apportait pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier les conclusions du rapport d'examen clinique du 24 mai 2023, respectivement de l'évaluation de l'impotence du 26 janvier 2024.

Par décision du 14 juin 2024, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assurée, confirmant entièrement son projet du 29 janvier précédent. Dans un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a souligné que le rapport d'évaluation à domicile du 26 janvier 2024 devait se voir reconnaître une pleine force

probante et qu'il n'y avait, par ailleurs, pas lieu de chiffrer précisément le temps d'aide nécessaire pour faire face aux nécessités de la vie quand il s'agissait de toute façon de nier un besoin d'accompagnement. Concernant les actes de la vie quotidienne, l'OAI renvoyait au rapport d'évaluation précité, lequel tenait compte du rapport d'examen clinique bi-disciplinaire établi le 24 mai 2023 par le SMR.

D. Par acte du 17 juillet 2024, B._____, toujours représentée par Me Duc, a interjeté recours contre la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré moyen lui était octroyée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI. Dans un premier moyen, elle a soutenu que le rapport d'évaluation de l'impotence était dénué de valeur probante, dans la mesure où l'enquêtrice n'avait pas visité son appartement, l'enquête ayant pris la forme d'une simple discussion dans la salle à manger. Elle a ajouté, dans ce cadre, que l'enquêtrice n'avait, à tort, pas pris le soin de chiffrer en heures et en minutes son besoin d'aide, ce qui rendait le rapport incomplet et ne permettait pas de déterminer son besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans un autre moyen, la recourante a argué qu'elle était entièrement dépendante de son infirmière psychiatrique et de l'aide apportée par ses voisins ou amis, déplorant à cet égard que l'enquêtrice n'ait pas retenu un besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie. Elle a ensuite soutenu qu'elle avait besoin d'aide pour les actes « se vêtir », « se lever », « faire sa toilette » et « se déplacer ». Avec son recours, l'intéressée a produit un rapport non daté de l'infirmière psychiatrique Q._____, dans lequel celle-ci a exposé, en substance, qu'elle se rendait au domicile de l'assurée depuis février 2023, laquelle faisait auparavant appel au service de soins à domicile du CMS Vaud et bénéficiait d'un accompagnement régulier de plus de deux heures par semaine, apporté également par des voisines et une amie. Selon l'infirmière, l'assurée ne pourrait plus vivre seule dans son appartement sans accompagnement. Elle avait besoin que sa journée soit structurée afin de maintenir un rythme adapté aux activités de la vie quotidienne, ainsi que d'une incitation à prendre ses traitements et à s'alimenter. Par ailleurs, en

raison de ses limitations fonctionnelles, tant physiques que psychiques, elle nécessitait une aide pour les quatre actes de la vie quotidienne sus-évoqués, ainsi qu'un accompagnement dans les tâches administratives. La recourante a par ailleurs requis la tenue d'une audience de débats publics et déposé une demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 29 juillet 2024, la juge instructrice a octroyé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 novembre 2024, désignant Me Duc comme conseil d'office et exonérant l'intéressée des frais judiciaires et de leur avance, ainsi que de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 18 novembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du rapport d'évaluation de l'impotence daté du 26 janvier 2024. A cet égard, il a souligné que l'évaluatrice, constatant de nombreuses divergences entre les éléments médicaux au dossier et les propos rapportés par l'assurée, s'était entretenue avec un médecin du SMR, ce qui lui avait permis de confirmer qu'au vu de l'absence de diagnostic incapacitant et de limitation fonctionnelle psychiatrique, le fait que l'assurée manquait d'élan pour réaliser les gestes de la vie quotidienne ne pouvait pas être retenu au titre de l'impotence. De même, les diagnostics somatiques incapacitants et les limitations fonctionnelles retenus ne permettaient pas de justifier que l'assurée ait autant de difficultés pour maintenir sa propre hygiène ainsi que son ménage, rappelant par ailleurs que le recours à des moyens auxiliaires était exigible.

En réplique, le 16 décembre 2024, la recourante a confirmé ses moyens et conclusions, en requérant par ailleurs qu'un délai lui soit accordé pour produire un rapport psychiatrique.

Ont suivi plusieurs demandes de prolongation du délai pour procéder accordées par la juge instructrice. Dans un courrier du 2 mai 2025, la recourante a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

Par écrit du 1^{er} septembre 2025, la recourante a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 28 mars 2025 du Département de psychiatrie du CHUV, selon lequel elle avait effectué un séjour du 30 janvier au 15 février 2025 à l'Hôpital psychiatrique de F*** en raison d'une péjoration de son état psychique, accompagnée d'idées suicidaires actives scénarisées par abus médicamenteux, sans temporalité, et aux termes duquel était retenu le diagnostic principal de trouble anxieux et dépressif mixte ;
- un rapport daté du 22 août 2025, adressé par la psychologue T. _____ à l'avocat Luca Zanello, de l'étude Nouvjur, dont il ressortait en substance que l'assurée, à la personnalité dépendante et influençable, avec une tendance à l'isolement, et dont l'humeur était plutôt négative ou pessimiste, marquée par l'anhédonie et la dévalorisation de soi, souffrait de fatigabilité, de troubles alimentaires ainsi que d'un sommeil de mauvaise qualité dû aux douleurs chroniques et à l'anxiété. La psychologue relevait également que l'intéressée peinait à assurer les tâches ménagères du quotidien ainsi que les courses ;
- un courrier de son conseil, daté du 1^{er} septembre 2025, présentant une nouvelle demande des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI.

Se déterminant le 29 septembre 2025, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours, en se référant à un avis médical du 8 septembre 2025 du SMR, également annexé, relevant en substance que les pièces produites par la recourante n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa position.

Le 8 octobre 2025, la recourante a maintenu ses conclusions en se prévalant d'un rapport établi le 8 septembre 2025 par la Dre W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle avait débuté récemment le suivi de l'assurée. La Dre W. _____ retenait notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Interrogée sur ce point par le conseil de l'assurée, la psychiatre estimait, en raison notamment du manque de ressources de l'intéressée, que la situation actuelle était différente de celle évaluée par le SMR en 2023 où aucune limitation

fonctionnelle [d'ordre psychiatrique] n'avait été retenue. Elle exposait que sa patiente n'était actuellement plus autonome pour les tâches de la vie quotidienne, qui étaient assurées par une femme de ménage à raison de deux heures par semaine ainsi que par l'infirmière à domicile, laquelle se rendait deux à trois fois au domicile de l'assurée pour la lever de son lit, la doucher et l'habiller, étant précisé que l'intéressée n'était plus en mesure de se doucher en raison d'un manque de motivation et de douleurs. L'assurée était très isolée, n'ayant plus qu'une amie qui la véhiculait pour faire ses courses, qu'elle n'était plus capable de porter, et ne faisait pratiquement plus rien de ses journées, rythmées seulement par ses différents rendez-vous médicaux.

Dans son écriture du 6 novembre 2025, l'OAI a préavisé à nouveau le rejet du recours, en se référant à un avis SMR du 3 novembre 2025, également annexé, réitérant l'absence d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier ses conclusions à la date de la décision attaquée.

Dans de nouvelles déterminations spontanées du 26 novembre 2025, la recourante a encore produit un rapport d'évaluation, non daté, de l'infirmière Q._____, lequel dressait une liste de diagnostics et contenait un « plan de traitement » portant la date du 14 février 2025, ainsi qu'une estimation chiffrée de la durée des soins apportés à l'assurée, auquel était également joint des prescriptions pour soins à domicile. La recourante est également revenue sur l'absence de valeur probante du rapport d'évaluation de l'impotence du 26 janvier 2024, en se prévalant notamment de plusieurs arrêts rendus par la Cour des assurances sociales et en critiquant au surplus la posture adoptée par l'intimé en comparaison des offices AI d'autres cantons, dont elle produisait des exemples de rapport d'évaluation.

Par pli du 1^{er} décembre 2025 faisant suite à une interpellation de la juge instructrice, la recourante a indiqué qu'elle renonçait à la tenue de débats publics.

Par prise de position du 5 janvier 2026, l'OAI a joint un rapport du 4 décembre 2025 de la Dre W._____, reçu dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI déposée par la recourante, faisant état d'un début de prise en charge de l'assurée le 7 mai 2025 et reprenant en substance les constats exposés dans son précédent rapport, ainsi qu'un avis médical du SMR daté du 5 janvier 2026.

Par écrit du 14 janvier 2026, la recourante a derechef maintenu ses conclusions tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, en soutenant en particulier que les atteintes psychiatriques incapacitantes décrites par la Dre W._____ étaient préexistantes à la décision attaquée.

Le 2 avril 2026, la recourante a produit un certificat de suivi daté du 1^{er} janvier 2026 de la psychologue T._____, reprenant en substance les informations relayées dans son précédent écrit, ainsi qu'un rapport du 31 mars 2026 de la Dre W._____, dont il ressort que la recourante avait été hospitalisée en urgence à l'Hôpital psychiatrique de F***, et qu'une mesure de placement à des fins d'assistance (PLAFA) médical avait été prononcée à son endroit.

Se déterminant le 1^{er} mai 2026, l'OAI a maintenu sa position et produit un avis médical du SMR du 21 avril 2026 constatant que les éléments produits par la recourante semblaient indiquer une aggravation de son état de santé, toutefois postérieure à la décision litigieuse.

Le 2 juin 2026, Me Duc a déposé la liste des opérations effectuées dans le cadre de son mandat d'office en faveur de la recourante, faisant état de 14 heures et 30 minutes de travail.

En droit :

1. a) 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).

b) 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 de l'assurance-invalidité.

3. 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 al. 1 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).

4. 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, en outre, d'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, en outre, d'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, en raison de son infirmité (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).

Les activités de représentation et d'administration dans le cadre des mesures de protection de l'adulte au sens des art. 390 à 398 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) ne sont pas prises en compte (art. 38 al. 3 RAI).

5. 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 les références citées).

6. 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).

7. 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, p. 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_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).

8. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) 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).

c) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

d) 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).

9. En l'espèce, l'OAI, se fondant sur le rapport d'évaluation de l'impotence établi le 26 janvier 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 dudit rapport d'évaluation en tant qu'il repose essentiellement sur les limitations fonctionnelles – sous-estimées – décrites par le rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du SMR du 24 mai 2023 et se fonderait sur une appréciation erronée de son état de santé.

a) Il convient tout d'abord d'observer que par arrêt du 29 juillet 2024 entré en force, la Cour des assurances sociales a confirmé le refus d'une rente et de mesures professionnelles à la recourante, accordant par là même une pleine valeur probante au rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du SMR, daté du 24 mai 2023. Aux termes dudit rapport, le rhumatologue du SMR, le Dr L._____, avait retenu les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies droites chroniques, non déficitaires, non irritatives, dans un contexte de protrusion latérale gauche en L4-5 et de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés (M54.4), avec comme diagnostic associé des douleurs chroniques de l'épaule gauche dans un contexte de conflit sous-acromial et de tendinopathie du supra-épineux. Le psychiatre du SMR, le Dr M._____, n'avait, pour sa part, retenu aucun diagnostic incapacitant, ni aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, relevant toutefois les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), de troubles mixtes de la personnalité, traits émotionnellement labiles de type borderline et traits histrioniques (F61.0), de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; F41.0), de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), ainsi que de troubles

mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F10.20). Ils ont également décrit en détail les limitations fonctionnelles d'ordre somatique, à savoir « Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout statique au-delà de vingt minutes, et pas de port de charges répété au-delà de [5] [kg]. Epaule G [gauche] : pas de travail prolongé du bras G [gauche] au-dessus de la tête, pas de mouvements d'abduction-adduction répétés du bras, et pas de soulèvement de charges avec le MSG [membre supérieur gauche] au-delà de [2] à [3] [kg] ». Sur cette base, l'OAI avait constaté que la recourante n'était plus apte à exercer son activité habituelle d'auxiliaire de santé, mais conservait néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, malgré ses atteintes somatiques et psychiatriques.

Il sied donc d'examiner l'impotence de la recourante à la lumière des restrictions énumérées au sein du rapport d'examen clinique susmentionné. Par ailleurs, bien que les médecins du SMR n'aient pas examiné spécifiquement la question de l'impotence – la demande y relative étant postérieure à leur examen clinique –, on pourra néanmoins se référer à leurs constatations topiques, en particulier à leur description de la vie quotidienne de l'intéressée (cf. consid. 9c/ff *infra*).

b) L'OAI a par ailleurs mis en œuvre une enquête ménagère, réalisée au domicile de la recourante le 12 janvier 2024, en vue de déterminer son impotence. Ce rapport, daté du 26 janvier 2024 et élaboré par une personne qualifiée, constitue *a priori* un document exhaustif sur les points pertinents. L'évaluatrice s'est en effet rendue au domicile de la recourante, si bien qu'elle a pris connaissance de la situation locale et spatiale de l'environnement de l'intéressée. Son appréciation s'est, en outre, fondée sur les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles telles que retenues par les médecins du SMR dans leur rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du 24 mai 2023, ces informations figurant d'ailleurs explicitement au début de son rapport. L'évaluatrice a consigné les

indications dont la recourante lui a fait part, en particulier celles en lien avec la réduction de la mobilité, le manque de force et la présence de douleurs quotidiennes ressenties au bras gauche, ainsi que ses troubles psychiques, notamment l'anxiété généralisée, et en a tenu compte dans son analyse. Elle a également tenu compte du rapport non daté, versé au dossier de l'intimé le 31 mai 2023, de l'infirmière psychiatrique Q._____. Elle a, de surcroît, soulevé les opinions divergentes des participants, notamment celles relatives au besoin d'aide allégué pour se vêtir et se dévêtir, pour se lever, pour entrer et sortir de la douche et pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux. Pour finir, le contenu du rapport d'enquête est plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée et ne contient aucune contradiction ni erreur manifeste. Les observations et conclusions de l'évaluatrice à domicile peuvent, dès lors, être suivies (cf. consid. 8d *supra*).

On relèvera, par ailleurs, que la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle fait valoir que l'enquête domiciliaire ne répondrait pas aux réquisits jurisprudentiels dès lors qu'aucune visite de son appartement n'aurait eu lieu. Il ressort en effet expressément du rapport d'enquête pour l'évaluation du degré d'impotence que l'entretien s'était déroulé au domicile de l'assurée « en sa présence ainsi que celle de Maître Stücki, avocate-stagiaire à l'Etude Nouvjur ». Dans le même sens, l'affirmation de la recourante selon laquelle l'enquêtrice n'aurait pas visité son domicile est contredite par le conseil de l'assurée lui-même, quand il indique que l'enquêtrice est allée voir la hauteur du lit de l'assurée, lequel se trouve dans la chambre à coucher de l'intéressée (cf. recours du 17 juillet 2024, p. 13). L'évaluatrice a au demeurant précisé que la cuisine était munie d'un lave-vaisselle, et a indiqué dans quelle mesure la recourante utilise cet appareil, respectivement dans quelle mesure elle cuisine (cf. consid. 9c *infra*). La recourante déplore également que l'évaluatrice n'ait pas chiffré précisément les heures consacrées à l'assistance, en se référant à un arrêt CASSO AI 377/20 – 241/2021 du 25 août 2021. On observera cependant qu'il s'agissait d'un arrêt de renvoi, et qu'aux termes du nouvel arrêt rendu à sa suite, la Cour a retenu que la nécessité de chiffrer les heures consacrées à l'assistance relevait d'une précision superflue lorsqu'il convenait de toute

façon de nier la réalisation du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 al. 1 RAI (cf. arrêt CASSO AI 158/22 - 146/2023 du 25 mai 2023 consid. 12 *in fine*). Il n'y a en effet pas d'obligation, dans le cadre d'un rapport d'évaluation de l'impotence, de chiffrer de manière générale les heures consacrées à l'assistance.

c) La recourante a allégué, dans sa demande du 19 juin 2023, nécessiter une aide régulière et importante de la part de tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie « se lever/s'asseoir/se coucher », « faire sa toilette/soins du corps » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », de même qu'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Au stade de la présente procédure, la recourante se prévaut désormais également d'un besoin d'aide pour réaliser l'acte « se vêtir/se dévêtir ». Elle ne conteste en revanche pas être autonome pour accomplir les actes « manger » et « aller aux toilettes ».

aa) Pour sa part, l'évaluatrice n'a retenu aucun besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie quotidienne. Elle a observé, de manière générale, que les limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR dans leur rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du 24 mai 2023 ne permettaient pas d'expliquer pourquoi l'assurée ne parvenait pas à réaliser les actes en question, respectivement que l'absence de limitation fonctionnelle du registre psychiatrique ne permettait pas de retenir le manque d'élan et d'envie pour les réaliser.

bb) S'agissant en particulier de l'acte de « se vêtir et se dévêtir », il y a impotence lorsque la personne assurée ne peut elle-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou un moyen auxiliaire (ch. 2026 CSI). Dans son rapport, l'évaluatrice à domicile a observé que l'assurée commençait toujours à s'habiller en utilisant son bras gauche, soit le côté handicapé, et avait adapté l'entier de sa garde-robe, ne portant désormais que des vêtements amples et élastiques, et avait de grandes difficultés pour se vêtir et se dévêtir en raison de douleurs. L'assurée portait toujours les chaussettes qu'elle avait péniblement enfilées la veille, car le fait de se baisser lui coupait le souffle et engendrait des

douleurs, alors qu'elle disposait d'un enfile-chaussettes mais ne l'utilisait pas, sans savoir expliquer pourquoi. Le Dr L. _____ du SMR avait pour sa part constaté, lors de son examen rhumatologique, que le déshabillage se faisait de manière autonome, observant à cet égard que l'intéressée se déshabillait debout en s'appuyant contre une colonne pour enlever son legging et s'asseyait pour remettre ses bottes (cf. p. 17 du rapport d'examen clinique du SMR du 24 mai 2023). Il sied de constater que l'acte en question est en effet compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, lesquelles prohibent uniquement les efforts du membre supérieur gauche au-dessus de la tête, les mouvements d'abduction-adduction répétés du bras et le soulèvement de charges, ainsi que les mouvements répétés en flexion-extension du rachis et le maintien de positions statiques. Dans ces conditions, et en l'absence de rapport médical au dossier suggérant le contraire, il apparaît que l'assurée ne nécessite pas une aide régulière et importante pour se vêtir et se dévêtir. 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 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 (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 7 *ad* art. 42 LAI). L'absence de besoin d'aide pour l'acte « Se vêtir/se dévêtir » peut dès lors être confirmée.

cc) Pour ce qui est de l'acte « se lever, s'asseoir et se coucher », 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). L'évaluatrice a noté que le lever du lit était un exercice très difficile pour l'assurée, lui demandant beaucoup d'efforts et de temps, soit environ 1 heure 30, et que l'infirmière à domicile lui apportait une aide directe pour se lever. Elle pouvait se coucher dans son lit sans aide, bien que le lever de jambes était un geste difficile. L'évaluatrice a également observé que l'assurée avait un lit normal, assez haut, et ne disposait d'aucun moyen auxiliaire pour l'aider au lever. Elle relevait qu'un lit électrique, permettant de lever le dossier

pour s'asseoir dans un premier temps, pourrait lui faciliter le geste. Elle a également observé que la recourante était capable de s'asseoir et de se lever à plusieurs reprises d'une chaise standard. Ces informations sont, là encore, corroborées par le Dr L._____, lequel a signalé que l'assurée était autonome pour ses transferts entre les positions assise, debout et couchée, malgré des transferts couché-assis ralentis. On relèvera également que retenir une autonomie pour l'acte en question n'est pas incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues, étant par ailleurs rappelé que la lenteur pour changer de position n'est pas déterminante (cf. CSI ch. 2023). Le besoin d'aide pour l'acte « Se lever/s'asseoir/se coucher » doit par conséquent être nié.

dd) Quant à l'acte de « faire sa toilette », il y a impotence lorsque la personne assurée ne peut effectuer elle-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle, à savoir se laver, se peigner, se raser et prendre un bain ou se doucher (ch. 2043 CSI). Pour ce qui est de la fonction partielle de se doucher, l'assurée a indiqué qu'elle n'arrivait plus à faire sa douche en raison de douleurs, d'un manque d'équilibre, de la peur de glisser et du fait qu'elle n'arrivait pas à lever les jambes pour entrer dans la baignoire. On ne saurait toutefois considérer – à l'instar de l'enquêtrice – que l'assurée requiert une aide pour accomplir ce mouvement au vu de ses limitations fonctionnelles, l'acquisition d'une planche de bain, d'un tapis antiglisse ou d'une barre d'appui étant, du reste, exigible, conformément à son obligation de réduire le dommage (cf. Michel Valterio, *op. cit.*, n° 7 *ad* art. 42 LAI). 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). Au vu des limitations fonctionnelles, on peut douter de l'impossibilité pour la recourante de réaliser cet acte. L'absence de besoin d'aide pour l'acte « Faire sa toilette/soins du corps » retenue par l'intimé peut donc être confirmée.

ee) S'agissant de l'acte « Se déplacer/entretenir des contacts sociaux », 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. L'évaluatrice a indiqué que la recourante était autonome pour se déplacer dans son appartement ; elle était en mesure de franchir les trois marches entre la porte d'entrée de l'immeuble et l'ascenseur, en se tenant à une rampe. La recourante évitait au maximum d'emprunter les escaliers ; elle parvenait néanmoins à faire quelques marches pour accéder à un endroit en se tenant, bien que cela engendre des douleurs. Pour ce qui est des déplacements à l'extérieur, l'évaluatrice, reprenant les constatations des médecins du SMR dans leur rapport d'examen clinique du 24 mai 2023, relevait que l'assurée pouvait se rendre à ses rendez-vous médicaux de manière autonome en train, qu'elle avait le permis de conduire et une voiture et conduisait sur de courtes distances qu'elle connaissait bien pour se rendre à ses rendez-vous médicaux ou faire des courses. Elle avait par ailleurs pris l'avion en 2021 pour rendre visite à ses frères au BB***. L'intéressée se disait incapable de conduire en raison de son moral et de la médication psychiatrique et ne plus utiliser les transports en commun car elle ne sortait plus seule, mais seulement accompagnée pour ses rendez-vous depuis deux ans. Elle indiquait également ne plus faire de courses depuis juillet 2023 et qu'une amie lui apportait ses achats. En l'occurrence, au vu des éléments relatés par les médecins du SMR 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, étant rappelé que l'aide de moyens auxiliaires est exigible. Elle est également capable d'utiliser sur de courtes distances sa voiture. S'agissant des contacts sociaux, l'évaluatrice a également noté que l'assurée avait deux amies qui se rendaient régulièrement à son domicile.

Au vu de ce qui précède, aucun besoin d'aide pour l'acte « Se déplacer/entretenir des contacts sociaux » ne peut dès lors être retenu.

ff) S'agissant finalement du besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie, il sied de mentionner que celui-ci 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) ayant pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide poursuivant cet objectif 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 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) ou tenir son ménage.

L'évaluatrice n'a retenu aucun besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie. Elle a au demeurant noté, s'agissant des repas, que l'assurée, qui prenait ses médicaments avec un toast ou des cornflakes et un café le matin, ne cuisinait plus depuis 2019 mais pouvait encore se préparer des pâtes pour le repas du soir, en y ajoutant parfois une boîte de sardines ou, plus rarement, une viande préparée à la minute, que ses amies lui apportaient parfois un repas à partager ensemble et qu'elle laissait la vaisselle à la femme de ménage qui venait une à deux fois par semaine pour remplir et vider le lave-vaisselle. Concernant le ménage, l'évaluatrice a noté que la femme de ménage venait depuis avril/mai 2023 pour le nettoyage, sortir les poubelles, changer les draps de lit une fois tous les 15 jours, alors que l'assurée rapportait ne pas parvenir à faire les rangements, même légers, par manque de motivation. La lessive était prise en charge par une voisine ainsi qu'une amie, le samedi. Pour ce qui est de

l'administratif, l'infirmière venait trois fois par semaine pour ouvrir les courriers et aider l'assurée en fonction de ses besoins et classer les documents, alors que des ordres permanents de paiement étaient d'ores et déjà mis en place depuis 2016. Quant au besoin de structurer la journée, l'évaluatrice a indiqué que l'infirmière prenait les rendez-vous médicaux et rappelait ceux-ci à l'assurée, laquelle pouvait également contacter ses amies de manière autonome en cas de besoin pour un transport.

La recourante allègue que, dans son rapport d'évaluation de l'impotence du 26 janvier 2024, l'enquêtrice n'aurait pas tenu compte du besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie, en se fondant uniquement sur le rapport du SMR du 24 mai 2023 relatif à l'examen clinique mis en œuvre le 27 mars 2023, alors que la demande d'allocation pour impotent a été déposée le 19 juin 2023. En l'occurrence, on observera que le rapport du 24 mai 2023, dont la valeur probante a été confirmée, n'est pas un simple avis SMR, mais bien un rapport établi à la suite d'un examen bi-disciplinaire réalisé par deux médecins spécialistes. La demande d'allocation pour impotent a été déposée moins de trois mois après cet examen, sans que l'on ne distingue de péjoration de l'état de la recourante entre mars et juin 2023. Dans ces conditions, l'enquêtrice était fondée à se baser sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR, ainsi qu'elle l'a fait.

Les médecins du SMR ont pour leur part décrit la vie quotidienne de la recourante comme suit (cf. rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du SMR du 24 mai 2023, p. 15 et s. ; *sic*) :

« L'assurée se lève en même temps qu'elle se réveille, entre 08h00 et 09h00. L'assurée alors déjeune, fume une cigarette et prend son traitement, en particulier Fluctine® et Relaxane®, qui sont des sédatifs, ce qui amène l'assurée à se recoucher et souvent se rendormir. Si l'assurée ne se rendort pas, elle va se coucher et se lever régulièrement dans la matinée, pour fumer une cigarette, boire du café, parfois prendre un toast avec de la confiture. L'assurée dit que, depuis l'adolescence, elle a du mal à résister à tout ce qui est aliments sucrés. Quand l'infirmière psychiatrique vient le matin, l'assurée souvent en profite pour ranger et dépoussiérer avec elle, parfois faire les courses ou profiter de la présence de l'infirmière pour passer l'aspirateur. L'assurée ne passe pas la panosse et l'a jamais passée. L'assurée, le samedi matin, descend aux lave-linge et sèche-linge collectifs faire sa lessive. Depuis de nombreuses années, l'assurée ne mange pas à midi.

L'assurée ne fait pas de sieste l'après-midi. Le plus souvent, l'après-midi passe à écouter des séries BF*** à la télévision. Le plus souvent, la télévision est mise en bruit de fond. L'assurée n'a jamais eu d'appétence pour les programmes de télévision. Jusqu'à 2010, l'assurée écoutait régulièrement de la musique, mais ce n'est plus le cas depuis. L'assurée parfois écoute de la musique, essentiellement via Internet, plutôt de la musique triste. L'assurée, l'après-midi, peut regarder ses mails ou aller sur le réseau social TikTok, mais elle le fait de manière irrégulière et ça a toujours été le cas. L'assurée n'a jamais lu que de manière très irrégulière et par périodes. Elle pouvait lire régulièrement des romans jusqu'à 2010. Entre 2015 et 2017, l'assurée a repris partiellement la pratique de la lecture, qu'elle a arrêtée en prenant son travail d'aide-soignante. Depuis, l'assurée ne lit que de manière très irrégulière et cela n'a pas changé dans le temps. L'assurée prépare le souper vers 18h00. Parfois l'assurée prépare elle-même ses repas (essentiellement des plats à base de pâtes) ou des plats tout préparés style pizza. Au rhumatologue, l'assurée dit qu'elle aime bien manger régulièrement de la viande et en particulier des pièces de bœuf. L'assurée soupe entre 18h00 et 19h00 en général.

Après souper, l'assurée regarde de manière intermittente la télévision. Elle va dans sa chambre vers 20h00. Ainsi, elle regarde la TV de manière irrégulière, souvent des séries BF***. Après le souper, l'assurée grignote de manière quasiment continue jusqu'à l'endormissement, à savoir des gâteaux apéritifs, des popcorns, des chips... L'assurée peut décider de s'endormir assez vite, comme d'attendre 23h00 ou minuit pour s'endormir. L'endormissement est assez rapide, inférieur à 1 heure. L'assurée décrit 2 à 3 réveils dans la nuit, le plus souvent sans raison, parfois liés à des douleurs. L'assurée souvent grignote au réveil, avant de se rendormir. Le réendormissement est souvent inférieur à 1 heure.

L'assurée est globalement autonome pour les tâches ménagères. Au rhumatologue, l'assurée dit être totalement autonome, même si elle fait les tâches ménagères et en particulier le passage de l'aspirateur de manière fractionnée. Au psychiatre, l'assurée dit que, 1 fois sur 2, elle attend le passage de l'infirmière psychiatrique pour passer l'aspirateur. Elle passe en moyenne l'aspirateur 1 fois par semaine, il faut savoir par ailleurs que l'assurée n'a jamais eu d'appétence pour les tâches ménagères et que, depuis le 1^{er} épisode dépressif entre 2010 et 2015, l'assurée fait en sorte que son appartement soit propre uniquement pour pouvoir accueillir ses visites. L'assurée ne passe pas, depuis de nombreuses années la panosse. L'assurée descend les poubelles, mais attend souvent qu'il y ait plusieurs poubelles sur le balcon, pour les descendre. L'assurée vide et remplit elle-même le lave-vaisselle. Depuis 2010, l'assurée n'aime plus cuisiner. Elle cuisine néanmoins pour le souper, puisque, depuis de très nombreuses années, l'assurée ne prend pas de dîner. C'est de moins en moins de la cuisine [...], mais le plus souvent soit des plats cuisinés à réchauffer ou des plats à base de pâtes. L'assurée est autonome pour les courses, qu'elle fait le plus souvent seule en voiture, 2 fois par semaine, parfois elle les fait accompagnée de l'infirmière psychiatrique. Au final, malgré des discordances entre ce qui est annoncé au psychiatre et au rhumatologue, l'assurée est en grande partie autonome pour les tâches ménagères, même si actuellement

le passage 2 fois par semaine de l'infirmière psychiatrique sert de stimulation.

Les centres d'intérêt, qui ont toujours été très restreints, sont globalement conservés. En effet, depuis 2010, les seuls centres d'intérêt sont relationnels et professionnels. L'assurée, qui lisait régulièrement jusqu'en 2010 des romans, avait repris partiellement cette pratique entre 2015 et 2017, pour l'arrêter totalement depuis. L'assurée n'a plus de goût à faire de la cuisine depuis 2010. L'assurée n'a jamais pratiqué de sport et jamais souhaité en pratiquer. Elle n'a jamais aimé les promenades, que ce soit en ville ou pour faire les magasins. Elle n'a jamais eu de plaisir à aller au restaurant, dans des musées ou au cinéma. La pratique de la télévision a toujours été irrégulière. Actuellement, elle est surtout utilisée comme bruit de fond, parfois pour écouter certaines séries, comme des séries BF***. La pratique d'internet reste irrégulière. L'assurée parfois va sur TikTok ou regarde ses mails. La pratique de la musique a toujours été restreinte. Depuis 2015, le réseau amical de l'assurée a surtout été un réseau professionnel. L'assurée a gardé 2 amies anciennes, qu'elle connaît depuis près de 20 ans et qui viennent régulièrement la voir, surtout si l'assurée spontanément ne leur donne pas de nouvelles. Elles se voient en moyenne 2 à 3 fois par semaine. Par contre, l'assurée a perdu contact avec ses amis de BG***, groupe d'amis qui a cessé de prendre de ses nouvelles, puisque l'assurée ne les sollicitait plus de manière active. Le réseau familial n'a pas évolué dans le temps. Il consiste en des contacts téléphoniques ou via WhatsApp (souvent en réunion de groupe), surtout en fin de soirée, plusieurs fois par semaine. Quand l'assurée le peut, elle va au BB***, voir ses frères ou en BD***, voir ses sœurs. Au final, les centres d'intérêt qui ont toujours été très limités ont peu évolué dans le temps. [...] »

Force est ainsi de constater, à l'instar de l'intimé, que la recourante est capable de vivre chez elle sans aide et qu'elle devrait être apte à structurer sa journée, à gérer ses affaires administratives, les questions d'hygiène et d'alimentation ainsi qu'à tenir son ménage. Il convient de constater que les limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR permettent d'expliquer uniquement certaines limitations concernant les travaux lourds mais pas pour les tâches ménagères plus légères. De même, l'absence de limitations fonctionnelles du registre psychiatrique ne permet pas d'expliquer le manque d'élan de l'assurée pour réaliser les tâches du quotidien. Par ailleurs, la recourante se contente de substituer sa propre appréciation à celle de l'évaluatrice, respectivement des médecins du SMR, en se prévalant des rapports de son infirmière psychiatrique, Q._____. On rappellera à cet égard que les médecins du SMR avaient déjà connaissance d'un rapport non daté de l'infirmière en psychiatrie de la recourante (cf. rapport d'examen clinique bi-disciplinaire

du SMR du 24 mai 2023, p. 7) dont la teneur est superposable à celle du rapport produit avec le recours du 17 juillet 2024. Par conséquent, l'appréciation de l'évaluatrice consistant à retenir qu'un besoin d'aide inférieur à deux heures par semaine en moyenne durant trois mois peut être confirmée. 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, 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. 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.

Eu égard à ce qui précède, il appert donc que l'accompagnement d'une tierce personne n'est pas requis pour permettre à la recourante de vivre de manière indépendante chez elle.

d) Enfin, les rapports médicaux produits dans le cadre de la présente procédure relatent des atteintes dont se prévaut la recourante à compter de janvier 2025 et tendent à établir une péjoration de l'état de sa santé psychiatrique. Il ressort ainsi des rapports du Département de psychiatrie du CHUV du 27 mars 2025 ainsi que des rapports des 8 septembre, 4 décembre 2025 et 31 mars 2026 de la Dre W._____ que la recourante a été hospitalisée en psychiatrie du 30 janvier au 15 février 2025 en raison d'idées suicidaires scénarisées, avant de reprendre un suivi auprès de la psychiatre prénommée dès le 7 mai 2025, puis de subir une nouvelle hospitalisation en urgence accompagnée d'une mesure de PLAFA médicale. Toutefois, ces éléments sont largement postérieurs à la décision attaquée et n'ont pas à être pris en compte dans le cadre du présent litige, étant rappelé à cet égard que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. consid 8c *supra*).

Au surplus, l'avis de la recourante, selon lequel les atteintes sus-évoquées seraient préexistantes à la décision attaquée, non étayé sur le plan médical, ne saurait être suivi.

e) Vu les considérants qui précèdent, on retiendra qu'à la date de la décision entreprise, la recourante ne requiert pas l'aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ni n'a besoin d'une surveillance personnelle permanente ou d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Partant, elle ne remplit aucune des conditions prévues à l'art. 37 RAI pour se voir reconnaître le droit à une allocation pour impotent.

Il découle de ce qui précède que la décision rendue le 14 juin 2024 par l'OAI ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmée.

10. Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc, à compter du 14 novembre 2024 jusqu'au terme de la présente procédure. L'indemnité due au conseil d'office doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 2 juin 2026, Me Duc a chiffré à 14 heures et 30 minutes le temps consacré à la défense des intérêts de la recourante, ce qui entre globalement dans le cadre matériel et temporel de son mandat. Compte tenu du tarif horaire de 180 fr. pour un avocat breveté (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ), il s'agit de retenir un montant de 2'610 fr. pour l'activité déployée, auquel il convient d'ajouter des débours, à concurrence de 130 fr. 50, et la TVA au taux de 8,1 %, à hauteur de 222 francs. Un total de 2'962 fr. 50 couvre ainsi l'intervention de Me Duc dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton (cf. art. 122 al. 2 *in fine* CPC applicable sur renvoi).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 al. 1 CPC applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**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 14 juin 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de B._____, est arrêtée à 2'962 fr. 50 (deux mille neuf cent soixante-deux francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

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 :