

VD_GERICHTE ZD25.001176 vom 26. Juni 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.001176

FR: VD_GERICHTE ZD25.001176 du 26 juin 2025

IT: VD_GERICHTE ZD25.001176 del 26 giugno 2025

Erwägungen

E. 31

décembre 2021. Si elle est postérieure au 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022. En l'espèce, la recourante a déposé sa demande d'allocation pour impotent en octobre 2023, en alléguant un besoin d'aide en relation avec une atteinte rhumatologique existant depuis 2016. Tant l'ancien que le nouveau droit prévoient que le droit à l'allocation naît lorsqu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable (art. 42 al. 4 LAI, dont le texte a été seulement reformulé dans le cadre de la modification législative) et un droit au paiement des arriérés de prestations pour les douze mois précédant le dépôt de la demande en cas de dépôt tardif (art. 48 al. 1 LAI, non modifié). S'agissant de la recourante, le droit éventuel à l'allocation pouvait donc prendre naissance en octobre 2022 au plus tôt, de sorte que le droit en vigueur depuis le 1er janvier 2022 est applicable. On peut encore relever que, s'agissant des directives établies par l'Office fédéral des assurances

- 12 - sociales (OFAS) à l'intention des offices AI cantonaux, la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité du 1er janvier 2015 (CIIAI) a été remplacée par la Circulaire sur l'impotence du 1er janvier 2022 (CSI), laquelle donne davantage de précisions. Le droit matériel ayant subi peu de modifications, il pourra, cas échéant, être fait référence aux deux circulaires. 3. Dans un grief de nature formelle, la recourante s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue et du principe d'égalité des armes et du droit à une double instance. a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2). b) En l'occurrence, la recourante fait grief à l'intimé de ne pas lui avoir octroyé une seconde prolongation pour compléter ses observations à l'encontre du projet de décision du 4 septembre 2024, faisant fi des difficultés que peuvent rencontrer les assurés pour obtenir un rapport médical. Cette argumentation tombe à faux. L'art. 57a LAI dispose qu'un préavis doit être adressé à l'assuré avant de rendre une décision finale portant sur une demande de prestations (al. 1), sur laquelle il peut faire part de ses observations dans un délai de trente jours (al. 3). Comme

- 13 - l'a relevé l'intimé en refusant la seconde demande de prolongation présentée par la recourante, le délai de l'art. 57a al. 3 LAI est un délai légal non prolongeable, conformément à l'art. 40 al. 1 LPGA. Le Tribunal fédéral l'a confirmé à plusieurs reprises, en rappelant par ailleurs que le droit de faire administrer des preuves n'empêchait pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (cf. notamment TF 9C_222/2024 du 24 juin 2024 consid. 5.2.1 et les références citées). Dans le cas présent, l'intimé a adressé son préavis à la recourante le 4 septembre 2024, en mentionnant d'emblée la possibilité de déposer des objections dans les trente jours, ainsi que le caractère non- prolongeable de ce délai, sous réserve d'un « court et unique délai supplémentaire » en cas de « raisons pertinentes ». La recourante a fait part de ses objections le 10 octobre 2024 et a requis une prolongation de délai pour les compléter une fois que son dossier lui aurait été communiqué. Le 15 octobre 2024, l'intimé lui a adressé une copie du dossier et a fixé un nouveau délai au 20 novembre 2024 pour étayer ses objections, en précisant qu'aucune nouvelle prolongation ne serait accordée. Cependant, le 19 novembre 2024, la recourante a sollicité un délai supplémentaire en exposant uniquement qu'elle était dans l'attente d'un rapport du Dr G._____. Cela étant, il n'apparaît pas que l'intimé ait violé le droit d'être entendue de la recourante en mettant fin à la procédure après lui avoir donné l'occasion de compléter ses objections ensuite de la consultation du dossier de la cause, en l'absence de tout commentaire ou argumentation de sa part sur la décision contestée ou sur les éléments médicaux figurant déjà au dossier. Au demeurant, comme l'a également rappelé le Tribunal fédéral dans ce contexte précis, même à supposer que l'intimé ait violé le droit d'être entendu de l'assurée en refusant une seconde prolongation, cette violation peut être guérie devant la juridiction cantonale, qui est dotée d'un plein pouvoir d'examen (cf. TF 9C_222/2024 précité ; 9C_453/2023 du 3 mai 2024 consid. 5.2 ; 9C_6/2024 du 27 mai 2024

- 14 - consid. 4.2). En effet, le rapport annoncé dans son courrier du 19 novembre 2024 a été versé au dossier de l'intimé le 20 décembre 2024. Bien qu'elle ne l'ait pas joint à son recours, l'intéressée s'est référée à ce rapport à l'appui de ses conclusions en réforme et il figure dans les pièces remises par l'intimé. Ainsi, une hypothétique violation du droit d'être entendue de la recourante devrait en tous les cas être considérée comme réparée. c) La recourante prétend encore que l'absence de prolongation du délai pour compléter ses objections et produire ses pièces constituerait une violation du principe d'égalité des armes. Dans la mesure où elle a toutefois disposé d'un délai suffisant – à savoir plus de deux mois et demi – pour formuler ses objections et produire d'éventuels avis médicaux remettant en cause l'appréciation de l'intimé, on ne distingue pas en quoi le principe d'égalité des armes aurait été violé, la recourante ne l'exposant d'ailleurs pas, au-delà de considérations toutes générales. Il en va de même du principe de la double instance, dont la recourante – dûment représentée par un mandataire professionnel – ne précise aucunement en quoi il aurait été violé en l'espèce, se contentant d'évoquer ce principe sans autres explication. Les critiques de la recourante doivent donc être écartées. 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 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'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

L'art. 42 al. 3 LAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2022) prévoit qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si l'atteinte à la santé est uniquement psychique,

- 15 - la personne n'est réputée impotente que si elle a droit à une rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42bis al. 5 est réservé. 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). 5. a) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, 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). Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10). La nécessité de l'assistance d'un tiers pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour

- 16 - faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). b) L'accompagnement doit avoir 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 indépendante. Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que l'assuré, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placé en home ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (cf. ch. 2098 CSI ; ch. 8040 CIIAI). c) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 2093 CSI ; ch. 8053 CIIAI). 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). 6. 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). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en

- 17 - 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). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2). c) Fondés sur les art. 54a LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement

- 18 - pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références). 7. a) En l'espèce, la recourante a sollicité une allocation pour impotent en lien avec l'atteinte rhumatologique dont elle souffre depuis 2016. Il est constant que sa demande portait uniquement sur une allocation pour impotent de degré faible et qu'elle était motivée par un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI, en lien avec la tenue de son ménage. L'intimé a nié l'existence d'un tel besoin en l'absence d'éléments médicaux objectifs ou de limitations fonctionnelles renseignées venant soutenir la demande. Cette décision était fondée en particulier sur l'avis du SMR du 30 août 2024, lequel se prononçait sur les questionnaires médicaux complétés par les Drs F._____ et Q._____, respectivement médecin généraliste et rhumatologue traitants

de la recourante. L'intimé disposait par ailleurs du dossier constitué dans le cadre des précédentes demandes de la recourante portant sur le droit à la rente ou à des mesures professionnelles. b) S'agissant du Dr Q._____, il convient de relever que ce médecin a repris le suivi rhumatologique de la recourante en fin d'année 2022, après le départ en retraite du Dr G._____. Contacté une première fois par l'OAI à cette époque, le Dr Q._____ avait renoncé à se positionner sur le caractère invalidant des atteintes rhumatologiques de la recourante au motif qu'il ne l'avait vue qu'une seule fois. La demande d'allocation pour impotent est intervenue une année plus tard et le Dr Q._____ a accepté de donner un avis en décembre 2023. Il a

- 19 - cependant indiqué qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle notable et que la recourante ne présentait aucun besoin relevant de l'impotence. Les conclusions du Dr F._____ diffèrent légèrement, puisque ce médecin a validé un besoin d'aide pour les tâches ménagères. S'il a mentionné dans la rubrique relative aux diagnostics les atteintes rhumatologiques qui ont fait l'objet des demandes de rente et/ou mesures, le médecin généraliste traitant n'a cependant pas décrit de limitation fonctionnelle. Sur ce point, il s'est limité à renvoyer aux pièces jointes, lesquelles faisaient seulement état d'une lésion minimale au niveau du 3e métatarse gauche et d'une rhinite en cours d'amélioration. L'attestation établie par ce même médecin le 15 novembre 2023 ne comportait pas de plus amples explications. En conséquence, il est manifeste que le médecin généraliste traitant n'a pas fait état d'éléments médicaux objectifs ni décrit de limitations fonctionnelles à l'appui du besoin d'aide pour les tâches ménagères allégué. Ainsi, c'est à juste titre que la Dre S._____ du SMR a constaté dans son avis du 30 août 2024 l'absence d'élément médical objectif soutenant un besoin d'accompagnement. c) Dans un premier moyen, la recourante a fait grief à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une expertise médicale, face aux rapports contradictoires des médecins traitants. On ne peut la suivre sur ce point. En effet, le Dr F._____ s'est limité à valider un besoin d'aide pour les tâches ménagères sans autre commentaire alors qu'il était clairement invité à le faire dans le questionnaire médical soumis par l'intimé. Il a encore établi le 15 novembre 2023, une attestation par laquelle il déclarait « volontiers » attester que sa patiente n'était pas apte à effectuer ses tâches ménagères en raison de son état de santé physique, sans autre détail. Compte tenu de l'absence de motivation objectivée médicalement et de l'influence manifeste du lien thérapeutique noué avec la recourante depuis 2016 à tout le moins, ces deux écrits du Dr F._____ ne pouvaient se voir

- 20 - attribuer la moindre valeur probante. Ainsi, il n'apparaît pas que l'intimé, respectivement le SMR, ait été confronté à des avis médicaux contradictoires nécessitant d'être départagés par une expertise indépendante. d) La recourante a également déploré l'absence de mise en œuvre d'une enquête à domicile sur l'impotence. A cet égard, il convient de relever que, de jurisprudence constante, un rapport d'enquête à domicile portant sur l'évaluation de l'impotence doit être 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 (cf. notamment TF 9C_235/2024 du 30 juillet 2024 consid. 5.2, et les références citées). Ces exigences ont pour corollaire qu'en l'absence d'empêchements documentés appuyant le besoin d'aide allégué, il est prématuré de mettre en œuvre une telle enquête. Comme relevé ci-dessus, les rapports médicaux récoltés après le dépôt de la demande d'allocation pour impotent n'attestaient pas d'empêchements médicaux à l'accomplissement par la recourante de tâches ménagères. Certes, il a été

documenté dès 2016 et admis par l'intimé dans sa décision du 13 juin 2019 ainsi qu'au cours des procédures ultérieures, que la recourante présentait des atteintes d'ordre rhumatologique entraînant diverses limitations fonctionnelles rendant définitivement inexigible l'activité professionnelle d'employée de restaurant qu'elle a exercée jusqu'en janvier 2016. Ces éléments, concernant l'exercice d'une activité professionnelle déterminée, ne signifient pas encore que la recourante n'est pas en mesure d'entretenir son propre ménage. A plus forte raison que, sous réserve de deux périodes d'incapacité totale, de janvier 2016 à juin 2017 et de septembre 2021 à octobre 2022, l'intimé a retenu que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Par ailleurs, bien que représentée par un avocat, l'intéressée ne s'est pas positionnée sur le rapport du Dr Q. _____ de décembre 2023 dans le

- 21 - délai – prolongé à sa demande – pour faire valoir ses objections au projet de décision. Les deux écritures adressées à l'intimé durant cette procédure ne comportaient pas même la description des difficultés dans l'accomplissement de ses tâches ménagères qui l'avaient amenée à déposer sa demande d'allocation. L'obligation d'instruire incombant à l'administration en vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA trouve sa limite dans l'obligation de la partie d'apporter les faits dont elle entend déduire un droit, découlant de son obligation de collaborer à l'instruction. Il faut en conséquence constater que l'intimé n'avait aucune raison de mettre en œuvre une enquête à domicile avant de rendre la décision objet du présent recours. e) La recourante a finalement allégué, au stade du recours, que son besoin d'aide concernait les courses, le changement des draps de lit et la lessive. Elle n'a cependant pas précisé si la demande d'aide- ménagère auprès d'un CMS, mentionnée dans sa demande d'allocation, avait abouti, ni le nombre d'heures dont elle estimait avoir besoin. Elle s'est principalement fondée sur un rapport établi le 1er décembre 2024 par le Dr G. _____, dont un paragraphe est consacré à la question de l'accomplissement des tâches ménagères. aa) L'intimé a soumis le rapport précité au SMR, qui a relevé certaines lacunes dans l'examen clinique et a conclu à l'absence de modification des limitations fonctionnelles au regard des rapports établis par ce même médecin en 2021, mais n'a pas commenté la problématique en lien avec les tâches ménagères. Cela étant, il convient d'emblée de relever, à l'instar du SMR, que le Dr G. _____ ne peut être considéré comme un expert puisqu'il a été le rhumatologue traitant de la recourante durant plusieurs années. On observe par ailleurs que le Dr G. _____ a décrit des restrictions plus importantes dans l'accomplissement des tâches ménagères que dans le contexte de l'exercice d'une activité professionnelle. Il a ainsi mentionné en lien avec les tâches ménagères, notamment, un port de charge limité à 4 kg, une limitation de la marche à 45 minutes et la nécessité de se caler au plan de travail pour laver la vaisselle. En revanche, dans sa description des limitations fonctionnelles, il

- 22 - a retenu une limite de port de charge de 5 kg, une limite de la marche d'une à deux heures et une limite à la position statique debout de 20 minutes. Il est manifeste que, sur l'accomplissement des tâches ménagères, le Dr G. _____ a simplement rapporté les plaintes de la recourante, sans les confronter au status clinique ni même aux limitations fonctionnelles qu'il venait de décrire. Dans ces conditions, il n'est pas possible d'accorder une quelconque valeur probante à ce passage du rapport du Dr G. _____. A cela s'ajoute que les plaintes relayées par le Dr G. _____ ne vont pas dans le sens d'impossibilités rédhibitoires dans l'accomplissement des tâches ménagères. Le fait que certains gestes provoquent des douleurs ne suffit pas encore à considérer qu'ils ne peuvent ou ne doivent

pas être accomplis. Le rhumatologue retraité a d'ailleurs conclu que les tâches légères – sans toutefois préciser lesquelles – étaient « effectuables, de manière fractionnée et en respectant bien sûr les limitations fonctionnelles ». bb) S'agissant des besoins finalement décrits par la recourante, ils amènent les remarques suivantes s'agissant des autres conditions posées par l'art. 38 al. 1 RAI, à savoir l'existence même d'un besoin d'aide, le risque d'abandon ou de placement en institution, ainsi que le caractère régulier du besoin. La recourante allègue d'abord un besoin d'aide pour faire ses courses. Dès lors qu'elle est domiciliée dans un centre urbain bien desservi par les transports publics, les limites de marche mentionnées par le Dr G. _____ n'ont manifestement pas d'incidence particulière. Les limites de port de charge peuvent également être résolues par le biais de mesures simples à mettre en place, telles que le fractionnement des achats, l'utilisation d'un chariot à roulette ou encore la livraison à domicile. Concernant la lessive, le ch. 2098.1 CSI mentionne que les exigences minimales en la matière sont de pouvoir faire une lessive deux fois par mois, comprenant le fait d'utiliser la machine, la charger et la vider, plier et ranger le linge, mais non le repassage ou le raccommodage.

- 23 - Dans ce contexte, il convient de relever que la recourante a allégué un empêchement lié à ses limitations de mouvements au niveau du tronc sans plus amples explications, tandis que le rapport du Dr G. _____ est muet sur cette question. Il n'existe ainsi aucun élément objectivant un besoin d'aide dans ce domaine. Quant au changement des draps de lit, il ne s'agit pas d'une tâche nécessitant une aide régulière et importante. f) En conséquence, il faut constater que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent ne sont pas remplies. 8. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2). En l'occurrence, le recours est manifestement mal fondé. En effet, l'intimé a rendu sa décision sur la base des rapports médicaux établis par les médecins traitants. Ceux-ci ne soutenant pas la démarche de la recourante, celle-ci s'est tournée vers son ancien rhumatologue traitant, le Dr G. _____, dont les remarques à l'appui du besoin d'accompagnement allégué étaient clairement dépourvues de valeur probante. Ainsi, le recours doit être rejeté en application de l'art. 82 LPA-VD et la décision attaquée confirmée, sans autre échange d'écriture. b) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD). Le caractère manifestement mal fondé du présent recours et son défaut prévisible de chance de succès commandent le rejet de l'assistance judiciaire (art. 61 let. f LPGA), indépendamment de la situation financière dans laquelle se trouve la recourante.

- 24 - c) 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. 1bis 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. 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).