

VD_GERICHTE ZD25.005744 vom 26. Januar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-01-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.005744

FR: VD_GERICHTE ZD25.005744 du 26 janvier 2026

IT: VD_GERICHTE ZD25.005744 del 26 gennaio 2026

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL ZD25.*** 5024 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES
Arrêt du 26 janvier 2026

Composition : M. TINGUELY, président Mmes Berberat et Durussel, juges Greffière :
Mme Chaboudez ***** Cause pendante entre : C. _____, à Q***, recourante,
représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.
_____ Art. 42 LAI ; 38 al. 1 RAI 10J010

- 2 - En fait : A. a) Alors qu'elle travaillait comme assistante en pharmacie à 50 %, C. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mère de deux enfants, nés en *** et ***, s'est retrouvée en totale incapacité de travail dès le 2 décembre 2019 en raison d'une quadriparésie des membres, de douleurs articulaires, d'une grande fatigue et de céphalées. A la suite d'une procédure de détection précoce, 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) le 13 juillet 2020. En raison de son état de santé, l'assurée a été hospitalisée pendant deux jours au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), où il a été retenu le diagnostic de troubles neurologiques mal systématisés d'origine somatoforme probables, avec notion d'événements de vie traumatisants dans l'enfance, puis a séjourné du 13 février au 11 mars 2020 à l'Hôpital Riviera-Chablais, où les diagnostics suivants ont été posés (rapport du 9 mars 2020) : « Diagnostic principal ■ Troubles neurologiques polymorphes d'origine fonctionnelle. Diagnostics secondaires et comorbidités actives ■ Hypothyroïdie dans le cadre d'une thyroïdite du post-partum depuis 2011 substituée ■ Perturbation des tests hépatiques d'origine indéterminée ■ Syndrome du tunnel carpien irritatif bilatéral ■ Rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques ■ Syndrome d'hypermobilité articulaire ■ Crises d'hyperventilations d'origine probablement psychogène ■ Probable fibromyalgie Antécédents et comorbidités passives ■ Possible PNES (Psychogenic Non Epileptic Seizure) à l'adolescence » L'assurée a ensuite effectué un séjour de dix jours à A. _____ avant de rentrer à domicile. Dans un rapport du 20 mars 2020, la Dre X. _____, médecin généraliste traitante, a évoqué l'existence d'un syndrome neurologique fonctionnel probable et a listé comme antécédents une hypothyroïdie de 10J010

- 3 - Hashimoto, un syndrome du tunnel carpien bilatéral et un syndrome d'hyperlaxité articulaire. Dans un rapport du 21 avril 2020, la Dre H. _____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de tétraparésie d'origine fonctionnelle probable. L'assurance perte de gain maladie de l'assurée a fait réaliser une expertise par le Dr G. _____, médecin praticien. Dans son rapport du 10 août 2020, celui-ci a retenu le diagnostic de fibromyalgie avec troubles neurologiques polymorphes d'origine fonctionnelle, qu'il a jugé non incapacitant. Il ressort de ce rapport que l'assurée ne prenait pas les transports publics,

qu'elle ne sortait pas de chez elle, que les courses étaient effectuées par son mari ou commandées par internet, que le centre médico-social (ci-après : CMS) venait une fois par semaine pour passer l'aspirateur et la serpillère et que, le reste de la semaine, les tâches ménagères étaient totalement absorbées par sa belle-mère et son mari. L'aide de sa belle-mère était également indispensable pour s'occuper des deux enfants car l'assurée ne pouvait même pas sortir le petit du berceau, ni se pencher en tenant sur ses jambes. C'est son mari qui se chargeait entièrement de l'administration. Dans un rapport du 23 décembre 2020, la Dre X. _____ a précisé que l'assurée était incapable de rester debout ou de marcher plus que quelques pas sans cannes anglaises, que l'évolution était lentement favorable en ce qui concernait les activités de la vie quotidienne, que l'assurée nécessitait de l'aide pour faire son ménage, qu'elle s'occupait avec difficultés de son enfant de 2 ans qu'elle ne pouvait pas porter et qu'elle avait besoin d'aide pour les repas. Dans un rapport du 12 janvier 2021, le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychothérapeute K. _____ ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) dans le cadre de la quadri-parésie fonctionnelle. Ils ont mentionné ce qui suit : 10J010

- 4 - « 7. Mme se lève le matin vers 7h pour s'occuper de son fils de 2 ans. Elle le change, l'habille et lui donne à manger. Mme peine à accomplir les tâches ménagères et nécessite l'aide de sa propre mère et de son mari pour le ménage, les courses, la lessive et les repas. Elle peut toutefois encore prendre soin d'elle de manière autonome, mais avec difficulté (douche, habillement, etc.). Le reste de la journée, Mme reste très passive et s'isole socialement. Elle refuse de sortir et de voir des gens, ayant développé un sentiment d'angoisse et de honte par rapport au regard d'autrui. 8. Le CMS a été mis en place 1x par semaine pour l'aide au ménage. Mme parvient à ranger les jouets des enfants et remplir le lave-vaisselle, mais elle est incapable de passer l'aspirateur, faire la lessive, passer la serpillère ou nettoyer la salle de bain. Elle ne fait pas les courses, ne peut pas porter de sacs. 9. La patiente a perdu une bonne partie de son autonomie et nécessite le soutien de son mari, de sa mère et de son réseau de soins. » A l'initiative du SMR (avis du 2 février 2021), une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre et attribuée à L. _____. Dans leur rapport du 4 août 2021, les Drs M. _____, spécialiste en médecine interne générale, S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, T. _____, spécialiste en rhumatologie, et N. _____, spécialiste en neurologie, ont posé les diagnostics suivants : « - Cervicalgie, sans irradiation, sur atteinte dégénérative modérée, M54.2 - Fibromyalgie, M79.7 - Episode dépressif léger, avec syndrome somatique, F32.01 - Faiblesse généralisée, sans substrat neurologique objectif, M62.8 - Syndrome du canal carpien bilatéral avec signe de Tinel positif - Hyper mobilité articulaire - Ovaires polykystiques, D27 - Anamnèse de gastrite - Hémorroïdes connues - Cystites récurrentes - Status après excision d'un kyste cervical gauche en 1990 » Les experts ont considéré que l'atteinte liée à la fibromyalgie n'avait pas d'impact sur la capacité de travail, du fait d'un mode de fonctionnement global préservé. Ils ont ainsi conclu à l'existence d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement rhumatologiques, en rapport avec la cervicalgie, à savoir l'absence d'efforts de soulèvement de plus 10 kg à partir du sol et un port de charge proche du corps limité à 15 kg. Les experts ont estimé que l'assurée ne présentait aucune réelle limitation médicale 10J010

- 5 - pour les tâches en lien avec l'alimentation, l'entretien du logement, les achats, la lessive et les soins aux enfants. Dans son avis du 12 août 2021, le SMR s'est rallié aux

conclusions des experts. Dans un rapport du 8 octobre 2021, la Dre B. _____, nouvelle psychiatre traitante de l'assurée, a considéré que cette dernière présentait des troubles dissociatifs mixtes avec principalement une atteinte de la motricité et des organes des sens (F44.7), un épisode dépressif moyen à sévère (F32.1/F32.2) et des troubles anxieux avec essentiellement des phobies sociales (F40.1). Les symptômes dus à la maladie l'empêchaient de gérer sa vie familiale et professionnelle. Par rapport du 14 octobre 2021, la Dre X. _____ a émis des critiques à l'encontre de l'expertise. Elle a indiqué que les limitations dans l'alimentation, l'entretien du logement, les achats, la lessive, l'entretien des vêtements, et surtout les soins aux enfants, étaient probablement d'origine psychiatrique. Dans un avis du 4 novembre 2021, le SMR a maintenu sa position. Par décision du 11 novembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif que son atteinte à la santé n'était pas invalidante. b) Le 25 avril 2023, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle a transmis un rapport médical établi le 23 mars 2023 par le Dr Z. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, qui posait notamment le diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile, lequel pouvait expliquer les manifestations ayant eu lieu avant l'hospitalisation de l'assurée, mais seulement une partie des symptômes présentés depuis lors. Concernant les douleurs aux extrémités, ce médecin a évoqué une éventuelle neuropathie des petites fibres. Il 10J010

- 6 - ressort de ce rapport que l'assurée consacrait 3 heures par semaine à la gestion administrative d'un salon de beauté depuis 2022. Par décision du 25 octobre 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande au motif que, même si le nouveau diagnostic de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile avait été posé de manière tardive, il s'agissait d'une maladie congénitale, qui était donc présente depuis la naissance, et qu'aucun élément ne démontrait une aggravation depuis l'évaluation de la capacité de travail fonctionnelle faite par les experts, comme cela ressortait du compte rendu de la permanence SMR du 22 juin 2023. c) Le 15 septembre 2023, l'assurée a demandé à l'OAI l'octroi d'une allocation pour impotent. Elle a indiqué qu'elle avait besoin d'aide pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux, ne sortant pas sans être accompagnée, qu'elle nécessitait une aide médicale à domicile, et qu'elle ne pouvait pas tenir debout, devant rester alitée la plupart du temps. Elle a fait valoir qu'elle avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, au motif qu'elle avait besoin de prestations d'aide pour vivre de manière indépendante, d'un accompagnement pour établir des contacts sociaux en dehors de son lieu de vie et de la présence d'un tiers pour éviter l'isolement. Le 11 avril 2024, l'OAI a examiné le besoin d'aide requis par l'assurée dans le cadre d'une évaluation sur la base du dossier. L'évaluatrice a considéré que l'expertise du 5 août 2021 était détaillée et s'est prononcée sur l'accomplissement des tâches ménagères, des gestes d'hygiène et des facultés globales de l'assurée, que les éléments médicaux ajoutés depuis lors au dossier avaient été vus par le SMR et qu'aucune limitation fonctionnelle supplémentaire ne pouvait être prise en compte à ce jour, si bien qu'il était renoncé à procéder à une évaluation sur place ou par téléphone, ce que le SMR avait jugé adéquat lors de sa permanence. L'enquêtrice a relevé les éléments suivants : « Dans l'expertise en GED du 05.08.2021, il est indiqué que les difficultés rencontrées par l'assurée dans l'accomplissement de ses 10J010

- 7 - tâches ménagères ne relèvent pas de limitation médicale et ne trouvent pas d'explication médicale. De plus, elle a les compétences de ranger, aérer, faire les lits, elle peut mettre au lave-vaisselle, peut plier du linge, se charge de travaux administratifs, se

charge des devoirs avec sa fille, prépare son fils. Elle peut organiser la vie professionnelle de son époux. Aucune LF [réd. : limitation fonctionnelle] d'ordre psychique et physique ne permet de retenir un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie dans ce contexte. De plus, dans la même expertise, il est indiqué que l'assurée se vêtit/se dévêt seule, se mobilise seule, qu'elle prend soin d'elle-même, qu'elle prend sa douche, fait sa toilette. Concernant le besoin d'aide pour l'acte se déplacer indiqué dans le questionnaire impotence (GED du 15.09.2023), il est mentionné dans l'expertise que l'assurée se déplace avec des cannes et qu'elle est venue avec son époux. Les LF retenues ne permettent pas de retenir un besoin d'aide pour se déplacer, ce malgré que l'assurée ne sorte pas seule de chez elle. » Par projet de décision du 15 avril 2024, l'OAI a fait savoir qu'il entendait refuser d'allouer à l'assurée une allocation pour impotent. L'assurée a présenté ses objections par courrier de son mandataire du 16 mai 2024. Elle a fait valoir qu'une évaluation à domicile aurait dû avoir lieu. Elle a produit des certificats médicaux de la Dre X. _____ du 16 janvier 2024 qui mentionnaient que son problème de santé chronique, complexe et douloureux l'empêchait de s'occuper de son fils de 5 ans à domicile toute la semaine, ainsi que de son ménage, si bien qu'une aide au ménage était indiquée pour des raisons médicales. Par courrier du 10 juin 2024, l'assurée a produit un rapport du 30 mai 2024 de la Dre B. _____, qui a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité liée à un trouble de stress post-traumatique complexe, d'épisode dépressif sévère et de trouble somatoforme probable. Elle a fait état d'une péjoration de l'état de l'assurée avec un accroissement de ses troubles physiques et psychiques. Elle s'est prononcée comme suit sur le besoin d'aide de l'assurée : « a. Se déplacer/entretenir des contacts sociaux? À l'extérieur du domicile, la patiente se déplace constamment avec une canne. Son équilibre est instable, sa démarche très lente. À l'intérieur de son domicile, elle se tient au mur ou aux meubles de peur de tomber. Elle manque de force, a l'impression que ses jambes 10J010

- 8 - « ne suivent pas, n'obéissent pas ». En cas de déplacement sans appui la patiente chute facilement. En dehors du cadre familial la patiente n'a plus aucun[s] contact[s] sociaux que ce soit avec des amis ou des anciennes collègues. Elle dit ne plus en avoir envie, ne plus y porter aucun intérêt. On peut relever une part de méfiance en raison de mauvaises expérience[s] dans le passé et d'une tendance à mal évaluer les intentions d'autrui voir[e] de se faire exploiter ou abuser dans certaines relations. 4) Votre patiente nécessite-t-elle un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ? Madame C. _____ nécessite un accompagnement extrêmement important et constant pour faire face aux nécessités de la vie. En raison de ses douleurs et d'une extrême fatigue physique et psychique, elle ne parvient pas à faire les courses, rester debout pour cuisiner ou faire la vaisselle, de surcroît elle présente des troubles et une faiblesse musculaire au niveau de la motricité fine. C'est sa fille qui fait le ménage. Elle ne parvient la plupart du temps pas à accompagner régulièrement son fils à la garderie, ne peut pas participer à des activités de loisir. Elle se force à faire sa toilette mais peut rester une semaine sans se laver et presque sans manger si elle n'y est pas obligée par son entourage. Lorsqu'elle se rend à la salle de bain elle évite de fermer la porte en raison du risque de chute. Madame C. _____ a besoin souvent d'un accompagnement pour les tâches administratives, notamment par l'ergothérapeute qui la suit. Beaucoup de tâches sont reportées en raison de sa fatigue et de son manque de concentration. Elle parvient difficilement à structurer ses journées et passe la plupart de son temps allongée dans sa chambre. Sans l'aide apportée par sa famille Madame C. _____ ne serait pas en mesure de rester seule à domicile. » L'assurée a également transmis le rapport du 4 juin 2024, dans lequel la Dre X. _____ a décrit comme suit son besoin

d'aide : « Déplacement : les déplacement[s] dans l'appartement sont limités et en prenant appui sur les meubles et les parois. La position debout prolongée est très limitée sans moyens auxiliaires. En dehors de son domicile, Madame C._____ se déplace à l'aide de 2 cannes anglaises. L'aide au ménage est effectuée par sa mère et sa sœur. Sa mère, qui est aussi ma patiente, me l'a confirmé. Les repas et les courses sont effectués par son époux. Sa fille de 13 ans est très sollicitée, elle s'occupe des tâches de la vie quotidienne (vaisselle, lessive, rangement...) Elle va également chercher son frère à la garderie. Contact[s] sociaux : Madame C._____ ne sort de son appartement que pour aller à ses rendez-vous médicaux. Elle présente un important retrait social car elle est victime régulièrement de malaises avec chute et perte de connaissance qui effraient beaucoup ses proches, notamment les enfants. Elle craint être victime de malaises en dehors de son domicile. 10J010

- 9 - Sans l'aide importante de sa famille, Madame C._____ ne serait pas capable de vivre seule à domicile. » En plus des diagnostics déjà posés, la Dre X._____ a fait mention d'un syndrome des jambes sans repos et d'un syndrome inflammatoire d'origine indéterminée avec hypoalbuminémie. Elle a précisé que l'aide à la vie quotidienne était nécessaire depuis fin 2019 et que l'état de santé de l'assurée s'était nettement aggravé depuis janvier 2023, à la suite d'une virose en décembre 2022, et nécessitait une augmentation de l'aide apportée par sa famille. L'assurée a séjourné du 8 juillet au 3 août 2024 à la BF._____ où les diagnostics suivants ont été retenus (rapport de sortie du 2 août 2024) : « Diagnostic principal Trouble somatoforme persistant Troubles neurologiques polymorphes sans substrat organique avec troubles de la marche et l'équilibre, probable trouble somatoforme. Diagnostics secondaires Syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobilité (hyperlaxité) articulaire Syndrome carpien bilatéral Hypothyroïdie dans le cadre d'une thyroïdite du post-partum depuis 2011, substituée Comorbidités Rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques Crises d'hyperventilation d'origine probablement psychogène Probable fibromyalgie Antécédents de crises convulsives avec perte de contact pendant 2 ans en adolescence, sans diagnostic retenu, pas de traitement. » Dans un avis du 12 décembre 2024, le SMR a fait l'appréciation suivante : « Nous relevons que le médecin traitant liste les empêchements déclarés par l'assurée sans que cela s'appuie sur des éléments médicaux issus de ses constats objectifs, mentionnant juste que « l'examen clinique de cette patiente a été longuement décrit dans les rapports des rhumatologues et neurologues du CHUV ». Le rapport de sortie de la BF._____ renseigne les diagnostics connus, sans élément d'aggravation ou de changement de la situation médicale. Au plan psychiatrique la Dre B._____ n'apporte pas d'élément médical venant soutenir son appréciation d'une aggravation de 10J010

- 10 - l'épisode dépressif décrivant une thymie neutre, sans changement thérapeutique rapportée ni hospitalisation. Au final nous ne disposons pas d'éléments médicaux objectifs et étayés pouvant témoigner d'un changement du tableau clinique et des LF depuis la réalisation de l'expertise en 2021. Nous maintenons nos conclusions d'une assurée autonome pour les actes et d'un accompagnement qui n'est pas justifié médicalement. » Par décision du 9 janvier 2025, l'OAI a refusé de mettre l'assurée au bénéfice d'une allocation pour impotent au motif qu'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'était pas nécessaire et que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de 2 heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvé. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de

cette décision, l'OAI a écarté la contestation de l'assurée sur la base de l'avis du SMR. d) Entre-temps, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, le 4 juillet 2024, au motif que son état de santé s'était aggravé. Dans un avis médical du 9 octobre 2024, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de changement du tableau clinique et des limitations fonctionnelles, de sorte qu'il n'y avait aucun élément médical nouveau justifiant une aggravation ou un changement de la situation médicale. Par décision du 18 novembre 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande de prestations. B. Par acte de son mandataire du 6 février 2025, C._____ a recouru contre la décision rendue par l'OAI le 9 janvier 2025, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. Elle a requis la mise en œuvre d'une audience publique. Elle a estimé que l'OAI se devait de réaliser une évaluation à domicile, afin notamment de l'entendre sur ses difficultés et 10J010

- 11 - d'examiner l'impact de ses atteintes à la santé sur sa vie quotidienne. Selon elle, l'OAI ne pouvait pas se fonder sur des pièces médicales datant d'il y a plus de deux ans, telle l'expertise, alors que sa situation avait évolué, qu'elle présentait désormais des troubles de l'attention et de la concentration et que le diagnostic de modification durable de la personnalité liée à un trouble de stress post-traumatique complexe avait été posé. Elle a reproché à l'OAI de n'avoir contacté aucun médecin pour obtenir des renseignements médicaux supplémentaires et estimé que l'instruction était manifestement insuffisante. Elle s'est prévalue des rapports des Dres X._____ et B._____, qui démontraient qu'elle avait manifestement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans sa réponse du 26 mars 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a estimé que l'expertise du L._____ avait pleine valeur probante et qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs susceptibles de remettre en question le tableau clinique et les limitations fonctionnelles, se référant aux avis du SMR rendus ainsi qu'aux décisions de non-entrée en matière sur les nouvelles demandes de prestations. Il a précisé que l'évaluatrice avait expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles une évaluation à domicile ne s'avérait pas nécessaire. Par réplique du 28 avril 2025, l'assurée a fait valoir que le tableau clinique avait évolué depuis l'expertise de 2021 et que les impacts de sa situation médicale sur sa vie s'étaient aggravés. L'OAI a maintenu sa position dans sa duplique du 22 mai 2025. Dans des déterminations du 28 mai 2025, l'assurée a réitéré que sa situation n'était pas superposable à celle prévalant lors de l'expertise de 2021, en se fondant sur un nouveau rapport de la Dre B._____ du 6 mai 2025, qui faisait état d'une aggravation au niveau du manque de mobilité, de la fatigue et une prise de poids. La psychiatre traitante a posé les diagnostics d'anxiété généralisée, d'épisode dépressif, de syndrome d'Ehlers Danlos allant en s'aggravant, de troubles 10J010

- 12 - neurologiques et musculaires, et de modification durable de la personnalité liée à un trouble de stress post-traumatique complexe. Elle a décrit la situation de l'assurée comme suit : « [...] les limitations fonctionnelles de la patiente se sont encore aggravées et de nouvelles limitations sont apparues. Mme C._____ ne parvient plus du tout à faire la lessive, les lits, la vaisselle qui lui glisse des mains en raison de sa faiblesse musculaire. Elle ne passe plus l'aspirateur ou la serpillère. Plier le linge lui prendra la journée entière. Elle ne parvient plus à aider ses enfants pour les devoirs. Elle doit s'asseoir pour s'habiller. Elle se déplace avec sa canne même à l'intérieur de son appartement ou doit se tenir aux murs afin de ne pas tomber. C'est quelque chose que l'on peut constater au cabinet médical ou en

observant la patiente se déplacer à l'extérieur. Il lui est arrivé à plusieurs reprises de ne pas pouvoir revenir jusque chez elle après être allée[...] faire quelques achats et elle a dû appeler sa famille à l'aide. Son mari a également dû la porter pour la ramener chez eux après certains rendez-vous. Elle tient souvent à peine assise et a du mal [à] tenir la tête droite. Il lui est très difficile de se laver les cheveux. Il lui est de plus en plus difficile de mobiliser ses mains et de faire des mouvements fins des doigts. Elle présente également une sécheresse buccale et oculaire ainsi que des acouphènes et une hyperacousie. Tous ces éléments, de même que la fatigue, la faiblesse musculaire et les douleurs sont soit apparus au cours des dernières années, soit se sont clairement accentués. [...] En raison de l'aggravation de ses limitations, de la faiblesse musculaire, de la fatigue et des douleurs, il s'avère de plus en plus difficile voir[e] impossible pour la patiente d'effectuer la plupart des tâches ménagères. Elle ne peut en effet se déplacer ou tenir debout sans cannes, son équilibre est très fragile, sa marche très lente. Mme C._____ manque de force et de dextérité pour tenir la plupart des objets qu'elle laisse très souvent tomber. Elle présente des malaises, pertes d'équilibre ou pertes de connaissance occasionnel[le]s, s'épuise extrêmement rapidement. » Dans ses déterminations du 23 juin 2025, l'OAI a maintenu sa position, produisant un avis du 20 juin 2025, dans lequel le SMR a relevé que le status rapporté par la Dre B._____ était superposable à celui décrit dans son rapport du 11 juin 2024 dont il avait été tenu compte lors de la procédure d'audition, qu'elle mettait en avant des éléments d'ordre somatique qui ne relevaient pas de sa spécialité, que ceux-ci n'étaient soutenus par aucun constat objectif ni aucun status physique, qu'elle rapportait les déclarations de l'assurée quant aux empêchements allégués – que rien ne venait soutenir – et que l'ensemble des plaintes et manifestations cliniques décrites étaient connues et avaient déjà été prises en compte. 10J010

- 13 - Par courrier du 31 juillet 2025, l'assurée a réitéré sa requête d'audience de débats publics. Elle a maintenu sa position dans son courrier du 8 août 2025. Une audience de débats publics s'est tenue le 26 janvier 2026, à l'occasion de laquelle la recourante a produit plusieurs documents : - une attestation du 19 janvier 2026 de BK._____ Sàrl, qui intervenait auprès de la recourante depuis novembre 2020 pour des visites infirmières et de l'aide au ménage et dont il ressortait que l'intéressée présentait une atteinte durable de son autonomie au vu de la chronicité de la pathologie, de la persistance des symptômes, de la fatigabilité, des troubles de l'équilibre, des douleurs chroniques ainsi que des troubles cognitifs et somatiques associés ; - un certificat de physiothérapie du 21 janvier 2026 indiquant qu'en raison de ses limitations fonctionnelles, la recourante présentait une dépendance partielle à l'aide de tiers pour l'entretien du domicile, le port et soulèvement d'objets de plus de 2 kg, certains transferts et déplacements, en particulier à l'extérieur, et la gestion des activités nécessitant une station debout prolongée ou des efforts physiques ; - un procédé écrit du 26 janvier 2026, dans lequel la recourante a estimé que les deux rapports précités constituaient des moyens de preuve dont il fallait tenir compte au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral ; - une déclaration écrite de la recourante, non datée et non signée, qui soulignait que l'ensemble de ses symptômes et limitations, qu'elle a listés, avaient un impact majeur et durable sur son autonomie personnelle et sa capacité à accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne. En dro it : 10J010

- 14 - 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. 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. 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 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, 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 LAI est réservé. 10J010

- 15 - b) 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). c) Les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent, selon la jurisprudence (ATF 133 V 450 consid. 7.2), 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. d) 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). Cet accompagnement 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 ; TF 9C_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3). 10J010

- 16 - Dans l'éventualité visée par l'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). Dans l'éventualité visée par l'art. 38 al. 1 let. b RAI, 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. Dans l'éventualité visée par l'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_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3). La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C_688/2014 du 1er juin 2015 consid. 3.6 et les références citées). 4. a) En l'occurrence, la recourante conclut à l'octroi d'une allocation pour impotence de degré faible au motif qu'elle nécessite un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans son formulaire de demande d'allocation, elle a indiqué qu'elle n'avait pas besoin d'aide régulière et importante pour « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », les « soins du corps » et « aller aux toilettes », mais a relevé l'existence d'un tel besoin pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Dans la déclaration écrite produite lors de l'audience du 26 janvier 2026, elle indique toutefois qu'en 10J010

- 17 - raison d'un manque de force, il lui est impossible de se brosser les dents certains jours. Dans la mesure où cette impossibilité survient seulement à certains moments, elle ne suffit pas à justifier un besoin d'aide important et régulier pour les soins du corps. De même, si la recourante fait valoir, dans cette déclaration, qu'elle a de grandes difficultés pour s'habiller, se déshabiller et se coiffer, il n'apparaît cependant pas qu'elle ne serait pas en mesure d'effectuer ces actes sans l'aide régulière et importante de tiers. Quant au besoin d'aide pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », celui-ci sera examiné dans le cadre du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, puisqu'il ne peut en être tenu compte à double (cf. consid. 3d supra). b) La recourante reproche notamment à l'OAI un défaut d'instruction en ce sens qu'elle estime que l'intimé aurait dû faire réaliser une enquête à domicile et ne pouvait pas se fonder directement sur les conclusions de l'expertise du L. _____. Dans le cadre de cette expertise, les experts ont notamment été invités à se prononcer, sous l'angle médical, sur les effets des atteintes à la santé de l'assurée sur sa capacité d'effectuer les actes en lien avec l'alimentation (préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, faire des provisions), l'entretien du logement ou de la maison (ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer à fond, soigner les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, sortir les déchets), la garde des éventuels animaux domestiques (les promener, les nettoyer, etc.), les achats (courses quotidiennes et achats plus importants) et des courses diverses (poste, assurances, services officiels), la lessive et l'entretien des vêtements (laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures) et de fournir des soins aux enfants ou autres membres de la famille. En se déterminant sur ces divers points, les experts ont examiné la capacité de la recourante à vivre de manière indépendante en gérant elle-même son quotidien au sens de l'art. 38 al. 1

let. a RAI, ainsi qu'à faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux en quittant son domicile pour certaines activités ou rendez-vous au sens de l'art. 38 al. 1 let. b RAI. L'ensemble des considérations médicales du rapport d'expertise permettent également de 10J010

- 18 - répondre à la question de savoir si la recourante aurait besoin d'un accompagnement pour éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur au sens de l'art. 38 al. 1 let. c RAI. Force est ainsi de constater que les éléments permettant de se prononcer sur l'éventuel droit de la recourante à une allocation pour impotent figurent dans le rapport d'expertise du L. _____. La recourante souligne que ce rapport date de 2021 et fait valoir que sa situation s'est aggravée depuis lors. Il convient à cet égard de relever que les deux nouvelles demandes de prestations déposées par l'assurée depuis lors ont fait l'objet de décisions de non-entrée en matière de la part de l'OAI, lequel a nié l'existence d'une modification sensible de l'état de santé de l'assurée. Dans ce contexte, l'OAI s'est fondé sur les avis de son service médical, qui a analysé les nouvelles pièces versées et a estimé que celles-ci ne faisaient pas état d'un tableau clinique différent ou de limitations fonctionnelles nouvelles, si bien que les conclusions des experts du L. _____ restaient valables (compte rendu de la permanence SMR du 22 juin 2023 et avis SMR du 9 octobre 2024). Ces décisions de non-entrée en matière sont entrées en force, n'ayant pas été contestées. Il n'existe pas de motifs de s'écarter des appréciations faites par l'OAI et le SMR en lien avec les nouvelles demandes de prestations et il n'y a par conséquent pas de raison de retenir l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante qui aurait un impact sur son besoin d'aide et d'accompagnement. Dans son rapport du 4 juin 2024, la Dre X. _____ indique que l'aide à la vie quotidienne est nécessaire depuis fin 2019, mais que l'état de l'assurée s'est nettement aggravé depuis janvier 2023 à la suite d'une virose en décembre 2022, nécessitant une augmentation de l'aide apportée par sa famille. Elle n'expose cependant pas pour quel motif médical il y aurait lieu de retenir une péjoration de la capacité de l'assurée à faire face aux nécessités de la vie. Dans son recours, la recourante est d'avis que sa situation a évolué puisqu'elle présente désormais des troubles de l'attention et de la 10J010

- 19 - concentration et que le diagnostic de modification durable de la personnalité liée à un trouble de stress post-traumatique complexe a été posé. Il apparaît cependant que le Dr G. _____ (expertise du 10 août 2020), la Dre X. _____ (rapports des 2 juin et 23 décembre 2020) et le Dr J. _____ (rapport du 12 janvier 2021) faisaient déjà état de difficultés d'attention et de concentration avant que l'expertise ne soit réalisée. Quant au diagnostic de modification durable de la personnalité, la Dre B. _____ le rattache à des événements antérieurs à l'expertise (abus sexuels répétés dans l'enfance dans le cadre intra-familial, carences marquées et dysfonctionnement de l'environnement, événements traumatiques dans l'enfance avec transplantation sociale et perte d'un membre de sa famille, harcèlement) si bien qu'il s'agit à l'évidence d'une appréciation différente d'une situation connue au moment de l'expertise L. _____ et non d'une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à cette expertise. Au vu de ce qui précède, l'OAI pouvait dès lors renoncer à mettre en œuvre une enquête à domicile et statuer sur la base des pièces au dossier, sans violer son devoir d'instruction. c) En ce qui concerne la capacité de la recourante à s'occuper de son ménage et faire face aux nécessités de la vie, force est de constater que l'appréciation faite par les experts diverge de celle contenue dans les rapports des Drs X. _____ et B. _____. Il ressort de toutes les pièces médicales que l'assurée

ne s'occupe que très peu des tâches ménagères, qui sont en grande partie gérées par son entourage familial, à savoir son mari, sa mère et sa fille, ainsi que par le CMS. De même, il apparaît que la recourante sort très peu de chez elle et qu'elle est toujours accompagnée lorsqu'elle va à l'extérieur. Ces éléments ont été repris dans le rapport d'expertise (pp. 9-10, 17, 24 et 30) mais, malgré cela, les experts ont conclu que, d'un point de vue médical, il n'existait pas de limitations dans ces domaines (évaluation consensuelle pp. 4-5). On ne peut que constater que les médecins traitantes de l'assurée font une appréciation différente de la même situation, puisqu'elles estiment que la recourante n'est pas en mesure de s'occuper de son ménage en raison de sa faiblesse musculaire, 10J010

- 20 - de sa fatigue et des douleurs et que, sans l'aide importante apportée par sa famille, elle ne serait pas en mesure de vivre seule à domicile (rapports de la Dre X. _____ des 16 janvier et 4 juin 2024, rapports de la Dre B. _____ des 30 mai 2024 et 6 mai 2025). Les rapports produits à l'occasion de l'audience du 26 janvier 2026 ne contiennent pas d'éléments nouveaux, qui auraient été ignorés des experts. Ceux-ci avaient connaissance du fait que l'assurée effectuait de la physiothérapie et qu'elle bénéficiait d'une aide à domicile (expertise pp. 17, 18, 24, 30, 31 et 34). Ils ont par ailleurs mentionné qu'elle se plaignait de douleurs, notamment au niveau des articulations, qui la limitaient dans ses mouvements et déplacements, qu'elle présentait une faiblesse généralisée et qu'elle souffrait de céphalées et de fatigue (évaluation consensuelle p. 4). Ces rapports ne font ainsi qu'apporter une appréciation différente de la situation connue des experts. Quoi qu'il en soit, il faut en tous les cas rappeler qu'aux termes de l'art. 42 al. 3 LAI, la personne qui a durablement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en raison d'une atteinte à la santé uniquement psychique n'est réputée impotente que si elle a droit à une rente. Cette exigence a été introduite à l'occasion de la 4^e révision de la LAI (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, RO 2003 3837), afin de garantir que l'allocation pour impotent fondée sur un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne soit octroyée qu'à des assurés dont l'état de santé a été examiné de manière approfondie dans le cadre d'une procédure concernant leur droit à la rente (ATF 133 V 472 consid. 5.3.1). En effet, le fait que ces personnes se soient vu reconnaître le droit à une rente au terme de la procédure idoine signifiait qu'elles avaient vraiment été soumises à un examen médical quant à l'effet de leur handicap sur leur capacité de vivre. Dans ce sens, il y avait un seuil plus élevé pour les malades psychiques que pour les autres (BO 2002 E 760 ; cf. également TF 8C_229/2024 du 24 septembre 2025 consid. 9.1, arrêt destiné à la publication). Or, en l'espèce, force est de constater qu'aucune atteinte somatique objective ne permet d'expliquer l'importance des douleurs et limitations présentées par la recourante. Les rapports au 10J010

- 21 - dossier font état de troubles neurologiques d'origine fonctionnelle (rapport de l'Hôpital Riviera-Chablais du 9 mars 2020, expertise du Dr G. _____ du 10 août 2020, rapport de sortie de la BF. _____ du 2 août 2024), respectivement d'une faiblesse généralisée sans substrat organique neurologique objectif (expertise L. _____). Les troubles présentés par l'assurée ont été mis sur le compte d'une fibromyalgie (expertise du Dr G. _____ du 10 août 2020, expertise L. _____), voire d'un trouble somatoforme persistant (rapport de l'A. _____ du 26 mars 2020, expertise L. _____ p. 12, rapport de sortie de la BF. _____ du 2 août 2024). Les seuls troubles organiques incapacitants retenus concernent les cervicalgies, dues à une atteinte dégénérative modérée, lesquelles limitent les efforts de soulèvement à 10 kg à partir du sol et le port de charges proche du

corps à 15 kg, mais ne permettent pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse globale présentée par la recourante, ni sa faiblesse musculaire et sa fatigue. Il en résulte que les limitations avancées par la recourante et ses médecins traitants pour justifier la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie résultent uniquement de troubles non objectivables ou psychiques. L'octroi d'une allocation pour impotent est dès lors exclue, en application de l'art. 42 al. 3 LAI, dans la mesure où la recourante n'a pas été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité. 5. a) Le recours doit par conséquent 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. 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. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, 10J010

- 22 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 9 janvier 2025 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de C._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc, pour C._____, - OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE 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 10J010

- 23 - être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière : 10J010

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.