

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 691 vom 7. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2016\\_\\_691](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__691)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 691 du 7 novembre 2017

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 691 del 7 novembre 2017

### Regeste

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, ALLOCATION POUR IMPOTENT, ACCIDENT, ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, IMPOTENCE LÉGÈRE | 42 LAI, 17 LPGA, 9 LPGA, 35 al. 2 RAI, 37 RAI, 38 RAI, 87 al. 2 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 07.11.2017 Arrêt / 2016 / 691

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, ALLOCATION POUR IMPOTENT, ACCIDENT, ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, IMPOTENCE LÉGÈRE | 42 LAI, 17 LPGA, 9 LPGA, 35 al. 2 RAI, 37 RAI, 38 RAI, 87 al. 2 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 17/16 - 335/2017 ZD16.003525 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2017 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Thalmann ,

présidente Mme Röthenbacher et M. Berthoud, juges Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\* Cause pendante entre : W. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, et Office de

l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 9 et

17 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 35 al. 2, 37, 38 al. 1, 87 al. 2, 88 al. 2 RAI En fait : A. a)

W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, au bénéfice d'un CFC de

vendeuse en boulangerie et employée du commerce de détail, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 12 novembre 1992, indiquant qu'elle souffrait de

dépression, d'angoisses et de douleurs aux genoux et au dos. Par décision du 24 janvier

1994, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou

l'intimé) a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 1993, en

raison des troubles psychiques, notamment d'agoraphobie et de trouble de la personnalité

de type borderline. La rente entière a été maintenue à l'issue de plusieurs procédures de

révision initiées d'office par l'OAI. b) A l'occasion d'une nouvelle procédure de révision

ouverte en 2009, l'OAI a interpellé l'assurée sur la question d'un éventuel droit à une

allocation pour impotent et l'a invitée à répondre à un questionnaire à ce sujet, ce qu'elle a

fait le 2 mars 2010. Elle a indiqué qu'elle avait besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur

et entretenir des contacts sociaux. Son mari l'emmenait à tous ses rendez-vous, ainsi qu'aux

sorties de loisirs. A l'issue d'une enquête relative à l'impotence effectuée au domicile de

l'assurée le 14 juillet 2010, l'OAI a effectivement retenu que l'intéressée avait besoin

d'accompagnement, en l'occurrence assurée par son mari, pour tous ses déplacements à

l'extérieur. Le besoin d'accompagnement pour entretenir des contacts sociaux et pour vivre

de manière indépendante n'a en revanche pas été retenu. Ainsi, l'OAI reconnaissait un

besoin d'aide pour l'acte ordinaire de la vie « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ».

Cette aide représentait, depuis 2006, 6 h par semaine (4 h pour les rendez-vous médicaux,

notamment pour des séances de physiothérapie, 2 h pour les sorties de loisirs). Ces heures

ont également été comptées dans la rubrique « accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie », plus précisément « accompagnement pour les activités et les contacts hors domicile », à raison de 2 h, et « risque important d'isolement durable », à raison de 4 heures. Par décision du 31 janvier 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2009 au motif qu'elle avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le 16 août 2012, l'assurée a déposé une demande de contribution d'assistance. Elle mentionnait notamment une aggravation de son état de santé à la suite d'une chute le 30 novembre 2011 sur son épaule et son coude droits. Elle a produit diverses pièces dont un rapport d'IRM du 10 juillet 2012 conclu en ces termes : « Déchirure transfixiante, sans rétraction tendineuse du tendon du muscle supra-épineux, associée à une déchirure partielle de la face profonde du tendon du muscle infra-épineux. Fissure labrale antéro-inférieure (3-4h00), bien identifiée sur les séquences ABER [Abduction External Rotation]. » c) Le 23 août 2012, l'assurée a demandé une révision de la rente d'impotence pour ce même motif. Une nouvelle enquête a été réalisée au domicile de celle-ci le 10 janvier 2013, pour l'impotence d'une part et la contribution d'assistance d'autre part. Selon le rapport d'enquête d'impotence du même jour, l'assurée avait, depuis le 30 novembre 2011, besoin d'aide pour se vêtir, faire sa toilette et couper ses aliments, se déplacer et entretenir des contacts sociaux. Elle avait aussi besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de 14 h par semaine (10 h pour l'accompagnement permettant de vivre de manière indépendante, 2 h pour l'accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile, et 2 h pour le risque important d'isolement social). Il résulte d'un rapport du 25 juillet 2013 établi par le Prof. F. \_\_\_\_\_, chef du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) ce qui suit : « Diagnostics - Antécédents - Interventions Status après réparation arthroscopique du sus-épineux droit avec ténotomie du long biceps, résection de la clavicule distale et acromioplastie le 17.12.2012. Anamnèse Globalement la patiente estime améliorer de 50 % en ce qui concerne les douleurs de l'épaule droite. Il persiste une douleur assez élective parascapulaire médiale, surtout lorsque la patiente appuyée sur le dos. Douleurs apparaissant maintenant également au niveau de la ceinture scapulaire gauche. Status La mobilité des épaules est complète. La force est conservée avec toutefois une discrète diminution à droite en abduction et rotation externe comparativement à la gauche. Douleurs assez élective parascapulaire droite à la palpation. Conclusions, traitement et évolution En ce qui concerne l'épaule droite, les suites de l'intervention sont globalement favorable et je ne retiens pas d'indication à un traitement complémentaire. Compte-tenu de la persistance de douleurs parascapulaire et l'apparition d'une symptomatologie douloureuse au niveau de la ceinture scapulaire gauche, une évaluation globale notamment au niveau du rachis est souhaitable. La patiente sera examinée à cet effet par mes collègues de l'URR. » La Dresse T. \_\_\_\_\_, médecin associée au Service de rhumatologie du CHUV a indiqué ce qui suit dans son rapport du 2 octobre 2013 : « Madame W. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs scapulaires droites persistantes après une réparation arthroscopique du sus-épineux droit avec ténotomie du long chef du biceps, résection de la clavicule distale et acromioplastie, intervention effectuée au mois de décembre 2012 pour une lésion transfixiante du sus-épineux. Cette femme au foyer, mère de 3 enfants, est actuellement suivie par vos soins pour un asthme bronchique et d'innombrables allergies. Elle est connue également pour une agoraphobie. Les problèmes qui l'amènent en consultation ont débuté en décembre 2011 après une chute, accident qui avait entraîné d'importantes douleurs à l'épaule droite. Une année plus tard, elle est opérée

et l'évolution est lentement favorable en ce qui concerne la douleur et la récupération fonctionnelle de l'épaule droite. Cependant elle dit avoir régulièrement des douleurs au niveau de la ceinture scapulaire, symptomatologie qui s'ajoute à la persistance d'un manque de force globale dans le MSD [membre supérieur droit]. Il n'y a pas de douleur cervicale, ni de symptôme neurologique au niveau du MSD. A l'examen clinique aujourd'hui, la nuque est souple sans limitation fonctionnelle. La ceinture scapulaire est équilibrée. Pas d'atrophie musculaire au niveau du trapèze ou des fixateurs de l'omoplate. Je ne reproduis pas aujourd'hui de douleurs à la palpation au niveau de la ceinture scapulaire et la patiente justifie cela par la prise d'Irfen, ainsi qu'une corticothérapie IM [intramusculaire] que vous avez effectuée pour ses problèmes allergiques. La mobilité active gléno-humérale, est quasiment complète, mis à part la rotation interne avec pouce en L1. La coiffe des rotateurs est compétente. Appréciation, propositions : Les éléments anamnestiques et cliniques en ma possession me permettent d'exclure une participation cervicale à l'origine des douleurs actuelles. Il est fort possible que la mauvaise utilisation de son épaule ces deux dernières années a entraîné un déséquilibre mécanique au niveau de la ceinture scapulaire, situation qui est souvent rencontrée dans les problèmes chroniques de l'épaule. Sur le plan thérapeutique, la solution la plus adéquate pour Madame W. \_\_\_\_\_ me paraît d'effectuer une mobilisation, type réharmonisation musculaire au niveau de la ceinture scapulaire en piscine. Pour ce faire, elle a reçu une ordonnance avec 9 séances de physiothérapie en piscine. » Dans un avis médical du 22 janvier 2014, le Dr X. \_\_\_\_\_ spécialiste en médecine interne générale pour le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a observé que les pièces médicales au dossier permettaient de retenir que les empêchements somatiques secondaires à l'accident de novembre 2011 et nécessitant l'aide aux activités quotidiennes avaient disparu en juillet 2013. Par décision du 19 mars 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré moyen du 1<sup>er</sup> août 2012 au 31 octobre 2013, puis à nouveau une allocation pour impotent de degré faible en considérant notamment ce qui suit : « Résultat de nos constatations : Actuellement vous êtes au bénéfice d'une allocation pour impotence d'un degré faible depuis le 01.03.2009. Lors de l'octroi de cette prestation un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie avait été reconnu. Lors de la révision sur demande du droit à l'allocation pour impotence, une visite par notre service extérieur a été réalisée, le 10.01.2013, afin d'examiner aussi précisément que possible l'aide dont vous avez besoin pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne. Au vu des renseignements en notre possession, nous constatons que depuis novembre 2011 jusqu'à juillet 2013, vous avez besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir 4 actes ordinaires de la vie quotidienne, à savoir, - « se vêtir/se dévêtir » - « manger » - « faire sa toilette/soins du corps » - « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Les conditions d'octroi d'une allocation d'impotence d'un degré moyen sont remplies. Comme mentionné précédemment, l'augmentation de l'allocation pour impotence prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois durant lequel la demande de révision a été présentée, soit le 01.08.2012. Trois mois après l'amélioration de l'état de santé le droit à une allocation pour impotence de degré faible est à nouveau ouvert, soit le 01.11.2013. » d) Le 24 avril 2014, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait eu un accident le 17 avril 2014 à la main droite. Elle a notamment produit un certificat signé par le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin assistant au CHUV, attestant qu'elle avait besoin d'une aide à domicile pour le ménage, les soins corporels et la cuisine. Elle a également produit une feuille de réservation de salle au CHUV mentionnant une fracture du 5<sup>e</sup> métacarpien droit et prévoyant le 24 avril 2014 une ostéosynthèse de la fracture par embrochage percutané. Il

résulte d'une enquête pour contribution d'assistance réalisée le 22 mai 2014, que l'assurée portait un plâtre et qu'elle avait besoin d'aide pour les actes précités, de même que pour se vêtir. Par ordonnance du 17 juin 2014, la Dresse H. \_\_\_\_\_, médecin assistante au CHUV, a prescrit une aide pour le ménage et les courses, les soins corporels et la cuisine, ainsi que pour l'habillement. Le même jour de la physiothérapie a été prescrite à raison de neuf séances, les mesures physiothérapeutiques étant "mobilisation et assouplissement des doigts, enroulement". Le 18 juin 2014, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de contribution d'assistance, correspondant à 21.1 h par mois du 1<sup>er</sup> août 2012 au 31 octobre 2013 et à 16.73 h par mois dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013. L'assurée s'est opposée à cette décision le 3 juillet 2014, produisant un certificat médical du 1<sup>er</sup> juillet 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, selon lequel cette dernière était incapable de se servir de son membre supérieur droit pour tenir, soulever, porter, tirer, pousser, couper et éplucher, et présentait par ailleurs des douleurs chroniques à l'épaule droite. L'assurée a précisé, par courrier du 11 juillet 2014, que sa contestation concernait la période suivant le retour à une allocation pour impotence de degré faible, mentionnant ses douleurs à l'omoplate et à l'épaule droite. Par certificat du 15 juillet 2014, faisant suite à une consultation, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée ne pouvait pas se servir de sa main droite pour tenir, soulever, porter, tirer, pousser, couper, éplucher et pour les soins corporels. Le même jour, elle a ordonné neuf séances d'ergothérapie en posant le diagnostic de fracture du 5<sup>e</sup> métacarpien droit à trois mois (immobilisé 9 semaines) avec raideur importante et flexum de l'articulation interphalangienne proximale des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts. Elle a également ordonné une attelle d'enroulement/flexion trois points pour lutter contre le flexum. Le but du traitement était « amélioration ou maintien des fonctions corporelles contribuant à l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ». Neuf séances de physiothérapie étaient également prescrites. Le 12 août 2014, cette praticienne a établi un certificat d'incapacité de travail pour les mêmes motifs que le précédent. Elle a prescrit neuf séances d'ergothérapie en mentionnant une raideur et une mobilité limitées ainsi qu'un flexum de l'articulation interphalangienne proximale des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts. Dans un rapport médical du 19 août 2014, le Dr B. \_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé de l'assurée nécessitait l'aide d'un tiers, l'utilisation de son membre supérieur droit étant très difficile. Dans l'anamnèse, il mentionnait un status après ténotomie du biceps droit et acromioplastie en 2011 ainsi que la persistance de douleurs et des difficultés à mobiliser le membre supérieur droit. Il a joint à ce rapport celui établi le 10 juillet 2014 par le Dr [...], radiologue, à la suite d'une IRM cervicale et qui concluait à la présence d'un discret œdème de l'os spongieux au niveau du plateau vertébral inférieur de C5 et du plateau vertébral supérieur de C6 sur leur versant latéral droit en rapport avec des remaniements dégénératifs pluri-étagés touchant surtout les niveaux C5-C6, C6-C7 ainsi qu'à l'absence de conflit médullaire ou radiculaire visible. Le 28 octobre 2014, le Dr B. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assurée se plaignait toujours de la main droite. Il lui était impossible d'évaluer l'impact de l'accident du 17 avril 2014 sur les plaintes concernant l'épaule droite. Il observait encore que, compte tenu de la personnalité de la patiente et de son parcours médical, il était à craindre que les plaintes persistent à long terme. Le 5 novembre 2014, Le Dr R. \_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, a notamment indiqué ce qui suit : « Diagnostic(s) important(s) • Fracture base MC [métacarpe] 5 Dr [droit], déplacée s/p [status post] embrochage 24.04.14 Dr [...] s/p AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] 05.06.14 Antécédents Trouble anxieux et trb [trouble] de comportement, à l'AI [assurance-invalidité] à 100 % Anamnèse Patiente de

47A, connue pour trouble anxieux, qui fait un accident de vélo vers 00h00 le 17.4.14, faible cinétique (vitesse au pas), roue avant qui se loge dans une bouche d'égoût, elle bascule en avant heurte le guidon avec le bas thorax, et bascule en avant, et amorti sa chute avec la main G [gauche]. Sur le coup a le souffle coupé, mais récupère vite Douleur vive à la main G. Pas de paresthésies. prise en charge initiale BH05 (Rx + attelle ) 08.05.14 : Co 2 semaines TVB encore hypoesthésie face dorsale main D 17.06 : cô J12 post AMO, œdème et raideur et difficulté de mobiliser la main (6sem immobilisation) 15.07: cô à 3 mois post op, ne va pas bien, raideur importante dans D5>4>3, physio en cours 12.08 : cô à 4 mois post op, légère amélioration de la raideur avec l'aide de l'ergo mais très lentement .. D5 dérote Patiente à l'Al. Status 10.09.14 Cô à 5mois encore douleurs à la mobilisation avec limitation fonctionnelle. MCP Vème 45 avec dérotation. Amélioration mobilité par rapport à la dernière visite. Examens complémentaires Rx Fracture base MC 5 Dr, déplacée 08.05. Stable RX main D f/o 12.08.14 . fracture consolidée base du 5 e métacarpien Conclusions, traitement et évolution Attitude diagnostique et thérapeutique ad ergo et physio combinée attelle 3 points et exercices à domicile » Interrogé par l'OAI, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin traitant de l'assurée à la Clinique [...], Centre de [...], a rendu un rapport le 11 novembre 2014. Il a indiqué avoir constaté, lors de la dernière visite de sa patiente le 25 septembre 2014, durant laquelle il avait été informé de la lésion à la main droite, un déficit de flexion du 5 e doigt avec un trouble de rotation associé engendrant un conflit entre le 4 e et le 5 e doigt. A la question de l'existence de limitations, ce médecin a répondu que la patiente se plaignait en particulier de ne pas pouvoir repasser avec cette main. Concernant une éventuelle aggravation de la situation de l'épaule droite en lien avec l'accident du 17 avril 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_ a répondu que l'assurée avait développé de nouvelles douleurs de son épaule droite avec des trigger points des muscles sous scapulaires et rhomboïdes, ainsi que des douleurs acromio-claviculaires, ceci à la suite de l'événement précité et de l'immobilisation du membre supérieur droit consécutive à l'opération. Il était probable que le traumatisme et l'immobilisation avaient entraîné une surcharge de son articulation acromio-claviculaire et des contractures musculaires. Concernant l'évolution, la patiente poursuivait un traitement d'ergothérapie pour la main. Pour l'épaule droite et l'articulation acromio-claviculaire, en cas de récurrence des douleurs, il convenait de réaliser éventuellement une résection du centimètre distal de la clavicule, à réévaluer. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a précisé, sur un questionnaire de l'OAI rempli le 6 janvier 2015, que l'assurée n'était pas encore remise de sa blessure à la main droite, qu'il subsistait une limitation de la mobilité et des douleurs. A la question de l'aggravation de la situation de l'épaule droite en raison de l'accident du 17 avril 2014, ce médecin a répondu « pas à ma connaissance ». Une amélioration pouvait être attendue grâce à la physiothérapie. Dans un avis médical du 15 juin 2015, le Dr N. \_\_\_\_\_, du SMR, a confirmé qu'il y avait eu une aggravation de l'état de santé depuis l'accident du 17 avril 2014. Selon lui, il existait avec certitude un besoin d'aide comme mentionné dans le rapport du 22 mai 2014, jusqu'en septembre 2014. Il a ensuite précisé que l'utilisation de la main droite avait été quasiment impossible le temps du port du plâtre et d'une attelle, et possiblement encore compromise par la suite. Les documents actuels ne permettaient pas de dire jusqu'à quand. Les médecins traitants devaient être interrogés sur l'évolution de l'état de la main droite. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de l'OAI le 25 juin 2015, observant qu'il n'y avait pas de changement concernant la main droite de sa patiente depuis la dernière consultation en septembre 2014, et qu'elle présentait encore des douleurs en travail de force. Elle pouvait accomplir sans aide les actes de se vêtir, manger et faire sa

toilette, ce depuis qu'elle ne portait plus d'attelle, soit environ neuf semaines après l'opération de sa main. Dans un avis médical du 13 juillet 2015, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit : « Depuis mon avis SMR du 15.06.2015 nous avons reçu les réponses à mes questions du Dr G. \_\_\_\_\_ en date du 26.06.2015, qui permettent de dire qu'à partir de 9 semaines post-opératoire l'assurée peut effectuer les actes incriminés sans aide, ce qui reviendrait à dire qu'à partir de fin juin 2014 il n'y aurait plus de justification pour les aides revendiquées. Nous n'avons pas encore reçu les réponses du médecin du CHUV interrogé de la même façon. Je rappelle que le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin traitant, avait signalé le 28.10.2014 qu'il était dans l'impossibilité d'évaluer l'impact de l'accident sur les plaintes concernant l'épaule et la main, en émettant par ailleurs un pronostic défavorable concernant une amélioration. Ce mauvais pronostic est confirmé par une longue lettre de doléances de l'assurée du 08.06.2015 qui permet de se faire une idée de l'état global et de la détresse de cette assurée et des divergences massives qui semblent exister entre le ressenti subjectif et les constatations objectives. Comme mentionné dans mon avis du 15.06.2015 : Il faut admettre un besoin d'aide pour les actes incriminés depuis l'accident d'avril 2014 et au moins jusqu'en septembre 2014. A partir d'octobre ce besoin d'aide n'est plus justifié médicalement sur la base des rapports à disposition à l'heure actuelle. Il est impératif de refaire rapidement une enquête sur place. Nous sommes déjà à plus d'une année après la date de la fin de ce besoin d'aide médicalement attesté, et il devient chaque jour plus difficile de devoir statuer sur la [sic] passé. Je crains que l'enquêtrice se verra confrontée à des plaintes multiples et à une revendication d'aides justifiées par l'assurée par les atteintes de l'épaule et les séquelles de la fracture de la main. Elle devra faire preuve de beaucoup d'objectivité pour apprécier le réel besoin d'aide pour chaque acte. Une fois en possession de cette enquête, je devrai examiner si et dans quelles mesure les aides revendiquées sont justifiées par les atteintes connues et attestées par les médecins. Jusqu'au 16.05.2014, date de la fracture de la main, la décision d'impotence faible me semble défendable. » Le résumé du rapport d'enquête du 17 août 2015 concernant la contribution d'assistance mentionnait un besoin d'aide pour la contribution d'assistance concernant les actes suivants : choix des vêtements/changement d'habits (degré 1), préparation de la nourriture (degré 1), préparation des repas quotidiens et maintien de la cuisine en ordre (degré 2), se laver (degré 1), tâches administratives (degré 1) tâches ménagères (degré 2), faire les achats et ranger les courses (degré 1), pliage repassage et rangement du linge (degré 1). Il résulte du rapport d'enquête d'impotence du 27 août 2015 que l'assurée avait régulièrement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, de prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante depuis 2011, le genre d'aide étant le même que lors de l'enquête de 2013, qui représentait 5 h par semaine d'aide exigible du mari, celui-ci faisant pratiquement tout à la maison. L'assurée avait également besoin d'accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile ainsi que la présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable, qui représentaient chacun 2 h par semaine, depuis 2006. L'enquêtrice a en outre mentionné ce qui suit : « L'entretien s'est très bien déroulé malgré les doutes concernant ce dossier. L'assurée s'est plainte de douleurs mais a déclaré que seules les tâches ménagères quotidiennes lui posaient problème. Elle compte énormément sur son mari et maintenant sur sa fillette de 13 ans. Elle a besoin d'aide pour couper ses aliments mais nous ne l'avons pas retenue étant donné qu'elle n'est pas régulière. Elle a retrouvé une bonne autonomie malgré les douleurs pour les actes ordinaires de la vie depuis juillet 2014, ce qui correspond à ablation de l'attelle soit environ 9 semaines après la fracture. L'aggravation aura donc duré moins de 3 mois, voire avis du

Dr G.\_\_\_\_\_. » Il ressort d'un questionnaire de l'OAI auquel le Dr S.\_\_\_\_\_. a répondu le 7 septembre 2015, que l'évolution de l'état de la main droite de l'assurée était favorable. L'intéressée pouvait à nouveau accomplir sans aide les actes de se vêtir, manger et faire sa toilette depuis le 21 avril 2015, date que le Dr S.\_\_\_\_\_ a mentionnée comme étant la fin du traitement. Dans un avis du 9 septembre 2015, la Dresse K.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu, sur la base du rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 26 juin 2015 et de l'enquête du 27 août 2015, un besoin d'aide avéré pour les actes se vêtir, manger et faire sa toilette, d'avril 2014 à fin juin 2014. Par communication du 24 novembre 2015, l'OAI a informé l'assurée de son droit à l'allocation pour impotent sans modification, soit de degré faible. L'assurée a contesté cette communication le 7 décembre 2015, expliquant en résumé qu'elle n'avait pas pu utiliser sa main droite durant 14 à 16 mois et reprochant à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du rapport d'enquête réalisé lorsqu'elle portait encore un plâtre. Le 24 décembre 2015, l'OAI a rendu une décision formelle de refus d'augmentation de l'allocation pour impotent en particulier pour les motifs suivants : « Résultat de nos constatations : Vous êtes actuellement au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible depuis le 01.03.2009 en raison d'un besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans le cadre de la révision d'office ouverte en date du 24.06.2014, une visite à domicile a été réalisée le 17.08.2015 afin d'examiner aussi précisément que possible l'aide dont vous avez actuellement besoin/votre pupille a actuellement besoin. Au vu des renseignements en notre possession, nous constatons que vous avez nécessité une aide supplémentaire du 17 avril 2014 à fin juin 2014 pour exécuter les 3 actes suivants : • « se vêtir/se dévêtir » • « manger » • « faire sa toilette ». Par contre, comme ce besoin d'aide n'a pas duré trois mois, les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen ne sont dès lors pas remplies. Votre droit à l'allocation pour impotent demeure donc inchangé. Notre décision est par conséquent la suivante : Vous continuez d'avoir droit à une allocation pour impotence faible à domicile. » B. Par acte du 25 janvier 2016, intitulé « Droit allocations impotent [...] », W.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, soutenant en substance ne pas avoir pu utiliser sa main droite durant de longs mois comme en attestait notamment les certificats établis par l'Hôpital [...] en juillet et août 2014. Elle a produit une liasse de pièces médicales, dont la plupart figuraient déjà au dossier, des rapports de l'ergothérapeute et des correspondances. Elle a produit également copie de son dossier constitué par le CHUV ainsi qu'une copie du rapport du 17 août 2015 relatif à une enquête pour contribution d'assistance. Par réponse du 3 mars 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, sur la base d'un avis médical de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 29 février 2016, laquelle s'est déterminée sur les rapports médicaux complémentaires produits par la recourante, observant qu'ils ne modifiaient pas l'avis émis le 9 septembre 2015. La Dresse K.\_\_\_\_\_ retenait que la recourante présentait un défaut de rotation du 5 e doigt et un enraidissement des 3 e , 4 e et 5 e doigts, qui ne l'empêchaient cependant pas d'accomplir les actes de s'habiller/se déshabiller et de faire sa toilette. Une aide pour couper les aliments pouvaient à la rigueur être admise jusqu'à fin août 2014. Par réplique du 15 mars 2016, la recourante a maintenu sa position, décrivant les activités quotidiennes qui avaient nécessité de l'aide. Elle a produit une nouvelle liasse de pièces. Par duplique du 28 avril 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions. Par écriture du 20 mai 2016, la recourante a réitéré en résumé son argumentation et produit un nouveau rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_, du 15 avril 2016, dont la teneur est la suivante : « A la demande de la patiente, je reviens sur mon courrier du 25 juin 2015 concernant l'évolution de l'état de sa main droite, dans les suites d'un accident

du 17 avril 2014. Je la connaissais auparavant pour des douleurs d'épaule D [droite]. [...] Il est donc difficile d'apprécier les répercussions fonctionnelles concernant son 5<sup>ème</sup> doigt versus celles de son épaule étant donné la double problématique. Madame W. \_\_\_\_\_ se plaint de ne pas avoir eu d'aide suffisante par la suite pour le ménage et les courses en particulier, ayant dû « se débrouiller » avec ses enfants et surtout son mari. Probablement qu'il vaut la peine de solliciter l'avis du chirurgien de la main qui la suivie (Dr [...]), pour connaître son appréciation et le retentissement objectif de cette fracture du 5<sup>ème</sup> métacarpien. Il est clair que toutes les activités de la vie quotidienne pour s'occuper d'elle-même et du ménage étaient entravées, en raison de douleurs, d'un manque de mobilité et de force. Néanmoins la patiente a réussi à s'en sortir jusqu'à maintenant. [...] » Par écriture du 9 juin 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions. Le 21 juin 2016, la recourante a produit un rapport du même jour de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, médecin assistante au Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, dont la teneur est la suivante : « Consultation du 21.06.2016 Patiente de 50 ans, victime d'un accident de vélo le 17 avril 2014, connue pour trouble anxieux, fracture base 5<sup>e</sup> métacarpien D, présentait une incapacité fonctionnelle (soins corporels, manger, éplucher, couper, porter, tirer, s'habiller...) jusqu'en janvier 2015. L'ergo faite jusqu'en janvier 2015. Le rapport médical pour du [sic] 15.12.2014 est erroné. » A ce rapport était joint un formulaire de l'assurance-invalidité, intitulé « rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI » mentionnant qu'il s'agissait d'une demande de renseignements médicaux concernant la révision de l'allocation pour impotent, la recourante étant au bénéfice d'une allocation de degré faible en raison du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Ce formulaire, daté du 15 décembre 2014 n'est pas rempli, ni signé. L'intimé a réitéré ses conclusions le 11 juillet 2016. Dans son écriture du 19 juillet 2016, la recourante a maintenu ne pas avoir pu se servir de sa main droite, ne comprenant pas les raisons pour lesquelles l'intimé refusait d'admettre que tel avait été le cas jusqu'en janvier 2015. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. 2. Est litigieuse la question du droit de la recourante à l'augmentation de l'allocation pour impotent. 3. Selon l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence, cette disposition est notamment applicable pour les allocations pour impotent (TF 9C\_127/2017 du 14 juin 2017 consid. 2 ; TF 9C\_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4 et 9C\_168/2011 du

27 décembre 2011 consid. 2.2). D'après l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie. Lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88 bis sont applicables (art. 35 al. 2, 1<sup>e</sup> phrase, RAI). Selon l'art. 88 bis al. 1 let. a RAI, L'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée. A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, en l'espèce la décision du 19 mars 2014 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

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. Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42 bis (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de 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. 42 bis al. 5 est réservé (al. 3). 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. A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c). Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes

sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). 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). b) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 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 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 294 consid. 4a et les références). De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). 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 (RCC 1989 p. 228 et RCC 1986 p. 507 ; ch. 8013 CIIAI). Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que l'assuré requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'il ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). 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 (Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (ATF 106 V 153) 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 (RCC 1991 p. 479 ; ch. 8026 CIIAI). c) Concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en particulier, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI). 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\_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références). 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 (par ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) ; tenir son ménage (instructions et surveillance/contrôle) (ch. 8050 CIIAI). Outre l'aide indirecte, l'aide directe d'un tiers peut aussi être considérée comme faisant partie de l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI. A ce titre, la personne qui accompagne peut aussi accomplir elle-même les actes nécessaires lorsque, malgré les instructions, la surveillance ou le contrôle, l'assuré n'est pas en mesure de le faire à cause de son atteinte à la santé (ch. 8050.1 CIIAI et les références).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à l'assuré de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires (achats, loisirs, contacts avec les services officiels ou le personnel médical, coiffeur, etc.) (ch. 8051 CIIAI et la référence). 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 (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), 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 (ch. 8048 CIIAI). d) 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPG). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2). Il sied encore de rappeler qu'une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). 5. a) En l'espèce, lors de la décision du 19 mars 2014, il a été retenu que du fait de son problème à l'épaule, la recourante avait besoin d'aide régulière pour accomplir quatre actes ordinaires de la vie depuis sa chute en novembre 2011 jusqu'au

mois de juillet 2013 et l'intimé lui a octroyé une allocation pour impotence de degré moyen du 1<sup>er</sup> août 2012 au 1<sup>er</sup> novembre 2013 puis à nouveau une allocation pour impotence de degré faible motivée par le besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie. Dans son rapport du 25 juillet 2013, le Prof. F. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'en ce qui concernait l'épaule droite, les suites de l'intervention étaient globalement favorables. Il faisait état, comme la Dresse T. \_\_\_\_\_ le 2 octobre 2013, de douleurs persistantes dont faisait part la recourante. b) Lors de la décision attaquée, la recourante mentionne toujours des douleurs à l'épaule droite. Toutefois aucun rapport médical n'indique d'aggravation de l'état de cette épaule depuis le 19 mars 2014 fondée sur des éléments objectifs et qui entraînerait des limitations fonctionnelles. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a attesté l'incapacité de la recourante à se servir de sa main droite pour tenir, soulever, porter, tirer, pousser, couper et épilucher par certificat du 1<sup>er</sup> juillet 2014, ceci sans indiquer pourquoi. Le 19 août 2014, il indiquait que l'utilisation du membre supérieur droit était difficile en se référant dans l'anamnèse à l'intervention pratiquée en 2011 sans toutefois mentionner d'aggravation. Le 28 octobre 2014 il a uniquement indiqué que la recourante se plaignait toujours de douleurs. La Dresse H. \_\_\_\_\_ a mentionné les mêmes limitations que celles indiquées par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans une attestation du 15 juillet 2014 en ajoutant que la recourante ne pouvait se servir de la main droite pour les soins corporels. Elle n'a pas motivé son appréciation. Le 5 novembre 2014, Le Dr R. \_\_\_\_\_, constatait une raideur importante des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts le 15 juillet avec une lente amélioration par la suite. Il indiquait un traitement d'ergothérapie et de physiothérapie. Le 6 janvier 2015, il observait que la recourante n'était pas encore remise de la blessure à sa main droite et qu'il subsistait une limitation de la mobilité, ainsi que des douleurs. Il ne mentionnait pas d'impossibilité pour la recourante de se servir de sa main droite pour effectuer certains actes ordinaires de la vie. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué quant à lui que l'atteinte à la main droite ne justifiait plus d'aide depuis la fin du traitement, soit avril 2015. Il n'a toutefois pas précisé dans quelle mesure une aide se justifiait auparavant. Vu ce qui précède, les rapports des Drs B. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_, R. \_\_\_\_\_, et S. \_\_\_\_\_ n'établissent pas au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante avait besoin de l'aide régulière d'autrui pour effectuer certains actes ordinaires de la vie au-delà de fin juin 2014. Le fait que la recourante ressentait des douleurs et ait éprouvé des difficultés à utiliser sa main droite ne suffit pas pour nier sa capacité à accomplir ces actes, de telles difficultés ou le ralentissement dans leur exécution ne suffisent pas pour conclure à l'existence d'une impotence (cf. supra consid. 4b). Quant au Dr G. \_\_\_\_\_ qui a indiqué avoir constaté le 25 septembre 2014 un déficit de flexion du 5<sup>e</sup> doigt avec un trouble de rotation associé engendrant un conflit entre le 4<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> doigt, il a précisé le 25 juin 2015 qu'il n'y avait pas de changement concernant la main droite de sa patiente depuis la dernière consultation en septembre 2014, et qu'elle présentait encore des douleurs en travail de force mais qu'elle pouvait accomplir sans aide les actes de se vêtir, manger et faire sa toilette, ce depuis qu'elle ne portait plus d'attelle, soit environ neuf semaines après l'opération de sa main. Le rapport de ce praticien produit par la recourante en cours de procédure ne modifie pas cette appréciation puisque le Dr G. \_\_\_\_\_ fait état uniquement des douleurs ressenties par la recourante sans avancer d'éléments objectifs sinon un manque de mobilité et de force qui n'ont pas empêché la recourante de s'en sortir selon ses propres termes. L'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ est d'ailleurs confirmée par l'enquêtrice qui a remarqué dans son rapport du 27 août 2015 que la recourante avait retrouvé une bonne autonomie malgré les douleurs pour les actes ordinaires de la vie depuis juillet 2014. Elle a ajouté que la recourante avait besoin d'aide pour couper ses aliments

mais qu'elle ne l'avait pas retenue étant donné qu'elle n'était pas régulière. Au regard de ces deux derniers rapports établis d'ailleurs à sa demande on ne comprend pas pourquoi le Dr N. \_\_\_\_\_ estime que la recourante a eu besoin d'aide pour certains actes ordinaires de la vie jusqu'au mois de septembre 2014. C'est dès lors à juste titre qu'après examen des divers rapports médicaux figurant au dossier, la Dresse K. \_\_\_\_\_ n'a en définitive pas retenu un besoin d'aide avéré au-delà du mois de juin 2014. Il y a lieu d'ajouter au surplus que la recourante ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des documents de l'ergothérapeute, qu'elle a produits à l'occasion de son recours. En effet, il ressort d'un certificat du 8 septembre 2014, que la recourante présentait notamment une amélioration de la mobilité mais une force testée au Jamar toujours faible. Elle avait notamment une attelle d'enroulements et une attelle trois points. Le 18 décembre 2014, il était constaté une bonne progression et des douleurs. L'utilisation de l'attelle trois points avait été arrêtée. Une progression encore rapide de la mobilité était observée le 16 février 2015. Les mesures étaient plus ou moins identiques en avril 2015. Les documents précités, bien qu'attestant une limitation de la mobilité, ne suffisaient pas à retenir une impotence pour certains actes ordinaires de la vie. Ils vont uniquement dans le sens d'une difficulté à accomplir certaines tâches. Quant au rapport du 21 juin 2016 de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, il n'apparaît pas probant. En effet, elle se réfère à un rapport du 15 décembre 2014, qu'elle déclare erroné alors qu'il s'agit d'un formulaire qui n'a été rempli par aucun médecin. En outre son rapport date de plus de deux ans après l'événement accidentel, et ne mentionne pas être fondé sur un examen clinique de la recourante par la Dresse Y. \_\_\_\_\_ à l'époque. La recourante a été suivie au CHUV principalement par les Drs R. \_\_\_\_\_, H. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, dont les rapports ont déjà été examinés. Le rapport de la Dresse Y. \_\_\_\_\_ ne peut donc être suivi. En définitive, force est de retenir avec l'intimé que l'aggravation de l'état de santé de la recourante due à l'accident du 17 avril 2014, qui a justifié l'aide régulière d'une tierce personne pour les actes de se vêtir et de se dévêtir, de manger et de faire sa toilette, n'existait plus au-delà du mois de juin 2014 et n'a donc pas duré plus de trois mois. Tout au plus un besoin d'aide pour couper les aliments peut être admis jusqu'en août 2014. La recourante, qui a besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie, a ainsi droit à une allocation pour impotence de degré faible, ce degré n'étant pas modifié dans l'hypothèse où elle aurait eu en plus besoin d'aide pour un acte ordinaire de la vie tel que couper les aliments. C'est ainsi à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de révision. c) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 6. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1 bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr., mis à la charge de la recourante. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non représentée, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 24 décembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de W. \_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ W. \_\_\_\_\_, ■ 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). La greffière :

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