

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 219 vom 13. August 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-08-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__219

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 219 du 13 août 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 219 del 13 agosto 2025

Regeste

ADMISSION DE LA DEMANDE, ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, ENQUÊTE {EN GÉNÉRAL}, NOUVELLE DEMANDE, MOTIF DE RÉVISION | 42 LAI, 17 LPGA, 9 LPGA, 37 RAI, 38 RAI

Erwägungen

E. 13

août 2025 _____ Composition : Mme Berberat , présidente M. Wiedler, juge, et M. Dagostino, assesseur Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : Z. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 9 et 17 LPGA ; 42 LAI ; 37 et 38 RAI E n f a i t : A. a) Z. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'une formation d'assistante médicale, a travaillé à 100 % pour le compte de la société V. _____ SA, à [...] du 1 er juillet 2003 au 31 juillet 2004. Dans l'intervalle, soit le 19 avril 2004, l'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité, par dépôt du formulaire ad hoc le 19 avril 2004, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant une maladie inflammatoire chronique atteignant les articulations, les muscles y compris l'appareil digestif. Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie et neurologie) du 16 août 2004, mise en œuvre par l'assurance perte de gain de l'intéressée, les experts ont constaté une discordance entre les multiples plaintes et les constatations cliniques objectives tant somatiques que psychiques. Les experts ont retenu que l'intéressée ne présentait aucune atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité, excepté une épilepsie myoclonique juvénile, mais dont le traitement avait été arrêté spontanément par l'assurée. Par décision du 4 avril 2005, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles, dès lors que l'assurée présentait une capacité de travail et de gain de 100 % dans toute activité. b) Le 7 août 2006, Z. _____ a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'« agoraphobie, crise de panique » (depuis mars 2005), de « fibromyalgie » (depuis juillet 2004) et de « hernie cervicale C5-C6 » (depuis avril 2006). Dans le cadre de son instruction, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise somatique et psychiatrique de l'assurée au B. _____ (B. _____) de [...]. Dans leur rapport du 17 août 2007, les experts ont posé le diagnostic incapacitant de trouble panique avec agoraphobie (ICD-10 F40.01) chez une personnalité à traits hystériques et dépendants (datation difficile, mais en tout cas 2005) ainsi que ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, d'épilepsie myoclonique juvénile, d'obésité morbide, d'eczéma topique et exogène, de protrusion discale paramédiane gauche C5-C6, sans évidence de compression radiculaire, ainsi que de fibromyalgie présente depuis 2002. Du point de vue psychique,

l'intéressée était incapable de s'adapter à son environnement professionnel, si bien que l'incapacité de travail était complète depuis mars 2005 dans toute activité lucrative. Sur le plan somatique, l'activité habituelle restait exigible à plein temps. Selon les experts, il s'agissait de poursuivre le traitement « psychopharmacologique et psychothérapeutique » étant précisé que, même en cas d'amélioration symptomatique suffisante, des mesures de réorientation et de réadaptation professionnelle seraient nécessaires. Par décision du 2 mai 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité pour des motifs psychiatriques, avec effet au 1^{er} mars 2006. c) Une révision du droit à la rente a été initiée par l'OAI au mois de mars 2009. Sur le formulaire idoine, complété le 13 mars 2009, mentionnant une incapacité de travail totale depuis le 11 mars 2005, Z._____ a indiqué être affectée par une agoraphobie et par une légère aggravation des crises d'angoisse en raison des soucis de santé et d'une opération qui avait suscité une insécurité totale. Par lettre du 19 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée de la possibilité de remplir une demande d'allocation pour impotent annexée, le cas échéant. Aucune suite n'a toutefois été donnée à ce courrier. Nanti des renseignements sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée recueillis auprès de ses médecins traitants, l'OAI a, par communication du 12 juillet 2010, maintenu le droit à la rente entière d'invalidité en faveur de l'intéressée, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. L'assurée a tenté une réinsertion professionnelle à compter du 3 octobre 2011 en qualité d'assistante médicale à 80 %. d) Le 1^{er} février 2012, une nouvelle révision d'office du droit à la rente a été initiée. L'assurée a repris une activité lucrative le 15 avril 2013 à 41 % en qualité d'assistante médicale. Par courrier du 28 juin 2013 à l'OAI, l'assurée a expliqué avoir été victime le 7 juin 2013 d'un accident de voiture (collision par l'arrière) ayant entraîné un coup du lapin et des cervico-brachialgies intenses du côté droit. Le travail avait été interrompu depuis cet événement. e) Au mois de septembre 2013, l'OAI a initié une troisième révision du droit à la rente d'invalidité. Après avoir recueilli un rapport d'expertise neurochirurgicale confiée par l'assureur responsabilité civile A._____ au Centre d'expertises pluridisciplinaires de la Clinique X._____ (rapport d'expertise du 2 juillet 2014 retenant un lien de causalité entre l'événement du 7 juin 2013 et le diagnostic de contusion des muscles cervicaux et fixant le statu quo ante au 19 septembre 2013), l'OAI a fait réaliser, par son Service médical régional (SMR), un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée. Dans leur rapport du 26 novembre 2014, les médecins du SMR ont retenu les diagnostics suivants : “
DIAGNOSTICS - avec répercussion durable sur la capacité de travail • Trouble de la personnalité hyperthymique à traits phobiques et obsessionnels (F61). • Trouble panique avec agoraphobie, d'intensité légère (F40.01). • Cervicobrachialgies G [gauches] dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après discectomie cervicale antérieure, foraminotomie C5-C6 bilatérale et mise en place d'une cage. M 54.2 - sans répercussion sur la capacité de travail • Fibromyalgie. M 79.0. • Lombalgies chroniques persistantes et sciatalgies G intermittentes dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'un kyste de Tarlov lombaire anamnestique. M 54.4. • Discret hallux valgus bilatéral. • Obésité avec BMI [Body Mass Index] à 38. • Douleurs abdominales dans le cadre d'un status après plusieurs interventions chirurgicales abdominales pour endométriose et après hystérectomie. • Asthme allergique anamnestique. • Status après eczéma atopique et exogène. • Intolérance anamnestique au lactose. • Suspicion clinique de récurrence post-chirurgicale du tunnel carpien G et syndrome du tunnel carpien D. • Status après fracture du tibia G. • Status après multiples entorses des chevilles. ” Les médecins du SMR ont retenu que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle

depuis mars 2005, et de 50 %, depuis le 18 juillet 2014, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiatriques et somatiques, soit notamment une fragilité psychologique, un déni de la maladie psychiatrique, des difficultés à respecter ses propres limites, des difficultés à gérer toute forme de stress, une diminution des ressources d'adaptation au changement, la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête et pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. Ils ont précisé qu'il était possible que le cas ne fût pas encore stabilisé du point de vue rhumatologique compte tenu de l'annonce par l'assurée, lors du second examen psychiatrique, d'une nouvelle opération au niveau de la nuque prévue le 9 janvier 2014. Après avoir complété l'instruction auprès des médecins consultés par l'assurée (notamment rapport du 8 février 2017 d'IRM [imagerie par résonance magnétique] de la cheville montrant une fracture non déplacée de la malléole de la cheville droite), l'OAI a fait le point de la situation pour évaluer le potentiel de réadaptation de l'assurée. On extrait le passage suivant du rapport (« MNR – Rapport initial RAR ») du 17 mars 2017 consécutif à un entretien par téléphone du jour précédent entre un psychologue à l'OAI et l'assurée : “ 2. Quotidien / Activités Situation actuelle ? Difficultés ? Situation familiale ? Structure de la journée ? Liens sociaux ? Activités (culturelles, sportives, bénévoles, autre) ? Loisirs ? L'assurée ne peut plus s'occuper de son ménage. L'entretien est actuellement assuré par le Centre médical social (CMS), à raison de deux fois par semaine pendant deux heures. L'assurée s'occupe des commissions, elle les fait par internet. Les achats sont livrés devant la porte. Les repas sont préparés le soir par son époux. A midi, ce sont les parents de l'assurée qui habitent dans l'appartement à côté qui lui amènent à manger. Lorsqu'ils sont absents pour des vacances, par exemple, l'assurée se contente d'un yogourt, pain ou fruit. Le matin, c'est le mari qui prépare le petit-déjeuner avant de partir au travail. Avant la péjoration de son état de santé cette année, c'est l'assurée qui préparait les repas du soir. Mais, nous précise-t-elle, cela en fonction des jours, car son état subi de[s] variations : les jours où elle ne se sentait pas bien, c'est son mari qui s'en occupait. L'assurée a des contacts réguliers avec ses parents qui l'aident beaucoup. Son cercle d'amis est très restreint, car il lui est très difficile de pouvoir s'engager pour répondre à une invitation ou inviter chez elle du fait de son état de santé fluctuant et de ses douleurs. En plus, elle ne [se] sent pas comprise dans ses difficultés en cas de devoir annuler une sortie ou un rendez-vous. 3. Quotidien / Gestion des émotions, des situations difficiles (conflits) et du stress Qu'est-ce qui la met en difficulté ? Comment réagit-elle en cas de difficultés ? Ressources actuelles pour aller de l'avant ? L'assurée se dit émotionnellement soutenue par ses parents et son mari. Depuis que sa thérapeute a pris sa retraite, elle n'a plus de suivi thérapeutique. Elle ne se sent pas la force pour investir un nouveau médecin. Mme Z._____, estime que ne [se] sentant pas déprimée, mais plutôt fortement angoissée en raison des douleurs, elle ne voit pas en quoi une thérapie pourrait l'aider. Mme Z._____ souffre beaucoup d'anxiété et ne se sent en sécurité que chez elle. Sa peur profonde est de rester paralysée en dehors de chez elle si sa jambe ne répond plus. Cela lui est déjà arrivé de devoir appeler de l'aide en pleine rue pour pouvoir rentrer chez elle. L'assurée n'ose même plus aller à la poste, car, selon ses dires, elle peut rester bloquée complètement. Mme Z._____ vit difficilement cette situation, mais au même temps, reste très peu optimiste par rapport à ses moyens pour pouvoir changer la situation. ” Dans le cadre de son

évaluation du potentiel de réadaptation (ressources, freins), le psychologue à l'OAI a décrit une assurée pleine de bonne volonté dont le parcours professionnel attestait que, malgré ses atteintes d'ordre physique et psychique graves et diverses, elle avait toujours essayé de travailler dans l'économie ou d'exercer une activité occupationnelle au cours des périodes sans travail. Malgré ses efforts, il ne lui avait pas été possible d'occuper une place de travail plus que quelques mois, étant toujours rattrapée par une nouvelle péjoration de son état de santé. Après l'examen clinique réalisé au SMR, elle n'avait finalement pas subi une opération de la nuque (ses médecins ayant pu guérir la crise inflammatoire). En revanche, elle avait été opérée en urgence à la fin juillet-début août 2015 de deux hernies lombaires. Depuis cet événement, l'assurée faisait part d'une péjoration progressive de son état de santé jusqu'au début de l'année 2017, avec une nouvelle aggravation depuis lors. Dans un rapport du 12 juin 2017 adressé à la Dre P. _____, la Dre H. _____, cheffe de clinique à la consultation du Service de médecine génétique du CHUV, a posé les diagnostics principaux de troubles sensitivomoteurs post-traumatiques du membre inférieur droit (en cours d'investigation) et de neuropathies des petites fibres. Cette médecin a constaté la présence de myalgies associées à une neuropathie des petites fibres et des atteintes pluri-systématiques non spécifiées hormis quelques opacités cristallines. Elle disait par ailleurs avoir été frappée par l'hyperlaxité présentée et s'interrogeait quant à la présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos. Dans un rapport du 27 juillet 2017, reçu le 15 août 2017 par l'OAI, le Dr M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, consulté le 19 juillet 2017 par l'assurée, a posé les diagnostics suivants : “ • Syndrome d'Ehlers-Danlos (forme articulaire) • Troubles sensitivomoteurs post-traumatique du membre inférieur D avec composante fonctionnelle et SP [status post] cure de hernie discale L3-L4 et L4-L5 en 2015 • Hémisyndrome sensitif D ; hémiparésie faciale G récidivante d'origine fonctionnelle probable • Syndrome radiculaire irritatif C6 G sur hernie discale C5-C6 traitée par discectomie, foraminotomie C5-C6 et mise en place d'une cage Stone en février 2014 • Endométriose avec SP hystérectomie et annexectomie en 2011 • Obésité de stade I • Canal carpien G anamnestique avec décompression du nerf médian en 2008, syndrome du canal carpien D anamnestique • Notion d'épilepsie myoclonique juvénile bénigne • Fracture de la malléole postérieure de la cheville D en janvier 2017 • Tendinopathie du tendon d'Achille G et fasciite plantaire G en juillet 2016 • Recto-sigmoïdopexie, adhésiolyse et exploration décompression du nerf obturateur G avec résection d'une lésion kystique nécrotique de la région ovarienne D en 2012 • Otoplastie en 1992 (oreilles décollées) • App[endicite] dans l'enfance • Intolérance anamnestique au lactose et à la caséine • Allergie aux pollens (graminées, arbres, plantes herbacées), aux oléagineux, aux acariens, au blé. ” Il ressortait en particulier ce qui suit de la rubrique « rappel anamnestique » de ce rapport : “ [...] Dans les AVQ [activités de la vie quotidienne] Mme Z. _____ a beaucoup de difficulté à peler les légumes, tels que pomme de terre ou carottes, et elle n'arrive pas à peler les coings. Elle effectue ces tâches de façon très fractionnée. Elle s'occupe de la cuisine, de la lessive et du ménage, selon sa capacité du moment. Son mari s'occupe du repassage. Mme Z. _____ bénéficie déjà de nombreuses orthèses et moyens de contention, notamment une ceinture lombaire, une ceinture scapulaire, des gants de compression, ainsi que des coussins et une demande de fauteuil roulant électrique est en cours auprès de l'AI. Elle bénéficie également de supports plantaires. Son domicile est accessible par 5 marches à l'entrée, après quoi tout se trouve au rez-de-chaussée pour elle. Son mari a un bureau au 1 er étage. [...] ” Le Dr M. _____ a confirmé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos, retrouvant une hypermobilité articulaire avec un score de Beighton à 8/9 (tenant compte du fait que

l'assurée pouvait habituellement poser les mains à plat en flexion antérieure du tronc, en dehors d'une contracture de la musculature paravertébrale lombaire). Par communication du 27 novembre 2017, l'OAI a maintenu le droit à la rente entière versée, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, depuis le 1^{er} mars 2006. f) En date du 16 mars 2018, Z. _____ a formellement requis une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité, en raison principalement d'un syndrome d'Ehlers-Danlos articulaire. Après avoir recueilli des renseignements auprès des médecins consultés, l'OAI a mis en œuvre une enquête réalisée le 12 septembre 2018 au domicile de l'assurée afin d'évaluer son droit à une allocation pour impotent. Le rapport établi le 20 septembre 2018 a retenu un besoin d'aide, fourni par le mari et les parents, pour accomplir les deux actes ordinaires de la vie « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Les moyens auxiliaires étaient les suivants : « coussin ergonomique, lit adapté en hauteur, fauteuil roulant, barre d'appui, orthèses et semelles plantaires ». Par projet de décision du 6 novembre 2018, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une allocation pour impotent de degré faible à domicile dès le 1^{er} mars 2017 compte tenu de la demande tardive. Les 9 et 29 novembre 2018, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI du 6 novembre 2018, au motif qu'elle avait un besoin d'aide pour accomplir les actes suivants : se vêtir et faire sa toilette (douche et cheveux), les déplacements, les repas (une logopédiste de la Clinique D. _____ à [...] avait constaté une probable paralysie des muscles sterno-cleido-mastoïdiens et de la mastication), le ménage, ainsi que pour uriner (auto-sondage). Les 12 juin 2019 et 22 juin 2020, l'assurée a bénéficié, en tant que moyens auxiliaires au sens de l'assurance-invalidité, de la prise en charge d'un fauteuil roulant manuel, d'une aide électrique pour la propulsion ainsi que d'un lit électrique. Une demande pour une rampe de seuil avait été refusée le 17 juillet 2019 par l'OAI. g) Dans le questionnaire pour la révision du droit à la rente complété le 9 décembre 2019, l'assurée a annoncé une aggravation de son état de santé. Suivant le point de vue du SMR (avis du 28 avril 2020), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, neurologie, psychiatrie, orthopédie et médecine interne) au Centre médical d'expertises W. _____ SA, à [...]. Dans leur rapport du 20 octobre 2020, concernant l'allocation pour impotent, les experts ont confirmé un besoin d'aide régulier et important pour accomplir les actes « faire sa toilette » et « se déplacer », en l'occurrence une aide pour se coiffer, effectuer certains gestes d'hygiène, et prendre un bain. Ils ont également constaté que les déplacements à l'extérieur nécessitaient un transport spécialisé souvent couchée (l'intéressée tolérait la position assise en voiture une heure au maximum). Par décision du 30 novembre 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible avec effet dès le 1^{er} mars 2017 en maintenant les termes de son projet de décision du 6 novembre 2018. Selon les constatations de l'OAI, qui se fondait sur l'enquête ménagère réalisée le 12 septembre 2018, une aide régulière et importante d'un tiers était nécessaire depuis le mois de juillet 2015 pour exécuter les deux actes ordinaires de la vie « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». L'assurée remplissait ainsi les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible au terme du délai d'attente d'un an, soit le 1^{er} juillet 2016. Toutefois la demande étant tardive, les prestations ne pouvaient être accordées que pour les douze mois précédant le dépôt, à savoir depuis le 1^{er} mars 2017. Saisie d'un recours contre la décision précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 19 avril 2021 (CASSO AI 416/20 – 124/2021), rejeté le recours et confirmé la décision attaquée. Dans l'intervalle, par décision du 30 novembre 2020, l'OAI a, en se fondant sur le rapport d'expertise du 20 octobre 2020 du

W. _____, reconnu à l'assurée un besoin de soins permanents pour enfiler les bas de contention, élément qui était toutefois sans influence sur le degré d'impotence qui restait de degré faible (courrier explicatif de l'OAI du 16 novembre 2020). h) Dans un questionnaire de révision de l'allocation pour impotent complété le 5 juillet 2023, l'assurée a déclaré que son état de santé s'était aggravé depuis le 1^{er} janvier 2022, entraînant une diminution de la mobilité et de l'indépendance au quotidien, avec une aggravation des symptômes des diverses atteintes à la santé et une diminution des contacts sociaux. Elle a indiqué, en sus d'un besoin d'aide régulier et important pour faire sa toilette et se déplacer/entretenir des contacts sociaux depuis le 1^{er} mars 2017, présenter un besoin d'aide régulier et important pour se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, manger et aller aux toilettes depuis le 1^{er} janvier 2022. Se déplaçant uniquement en fauteuil roulant électrique, elle a fait part d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et maintenir des contacts sociaux. Dans un rapport du 12 juillet 2023, le Dr M. _____ a attesté que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé depuis le début 2022 et qu'il impactait sur son besoin d'aide extérieur. Ce médecin a posé les diagnostics incapacitants suivants : “• Cervico-brachialgies bilatérales sur syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène et plexopathie cervicale superficielle ddc [des deux côtés] ; s/p cure de hernies discales C4-05 et C6-C7 (abord antérieur), avec mise en place d'une prothèse discale à ces niveaux en 2020; radiculopathie C6 G sur hernie discale C5-C6 traitée par discectomie, foraminotomie C5-C6 et mise en place d'une cage Stone en février 2014 • Syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) avec manifestations : o Générales (troubles chroniques du sommeil, fatigue) o Douloreuses (ostéo-musculaires, abdominales, génitales, migraines, cutanées, etc.) o Articulaires (troubles proprioceptifs, hypermobilité articulaire, entorses, luxations, scoliose, etc.) o Cutanées (vergetures, cicatrisation difficile ou chéloïde, finesse cutanée) o Dysautonomiques (hypoTA orthostatique, tachycardie, sécheresse buccale, frilosité, intolérance à la chaleur, etc.) o Cardiovasculaires (hémorroïdes, valvulopathie modérée) o Hémorragiques (cutanées, gingivales, nasales, génitales) o Digestives (reflux gastro-œsophagien, ballonnement, constipation, dysphagie, diarrhée, etc.) o Vésico-sphinctériens (infections à répétition, dysurie, impériosité, incontinence urinaire, etc.) o Bucco-dentaire (traitements orthodontiques, fracture dentaire, caries, subluxation temporo-mandibulaire, etc.) o ORL [oto-rhyno-laryngologie] (hyper/hypo-acousie, acouphènes, hyperosmie, vertiges, etc.) o Ophtalmologique (myopie, diplopie intermittente, flou visuel) o Respiratoires (dyspnée, infections des voies respiratoires supérieures, dysphonie, blocages respiratoires, etc.) o Sexuelles (dyspareunie, fausses couches spontanées, etc.) o Cognitives (troubles mnésiques, attentionnels, concentration, anxiété, émotivité, désorientation temporo-spatiale, etc.) • Lombocruralgies et sciatalgies D dans le cadre du SEDh, de syndromes lombovertébral, facettaire postérieur, du muscle pyramidal et d'une dysbalance musculaire de la ceinture pelvienne • Lipo-lymphoedème • Fracture malléolaire à la cheville D en janvier 2017 traitée conservativement • Lésion du nerf sciatique poplité externe G post traumatique • Obésité de stade I • Tendinopathie du tendon d'Achille G et fasciite plantaire G en juillet 2016 • Endométriose avec s/p hystérectomie et annexectomie en 2011 • S/p fracture post traumatique du plateau tibial G traitée par ostéosynthèse en février 2019 (AMO en 2020) avec persistance d'une instabilité du genou.” Le Dr M. _____ a indiqué que les atteintes à la santé précitées se répercutaient sur les activités quotidiennes de la manière suivante : “ - Réalisation de la toilette (entrer/sortir du bain, se doucher, se laver/brosser les cheveux, sondage vésical intermittent, se crémier, etc.) - Habillage (enfiler/retirer les

chaussettes/chaussures, sous-vêtements, bas de contention, pullover, etc.) - Généralement se lever/s'asseoir/se coucher (surélever les membres inférieurs, maintien du tronc, etc.) - Maintien de positions statiques, en particulier de la nuque - Position en porte-à-faux du tronc et/ou de la nuque - Station debout en dehors des transferts assis-assis - Activité à bout-de-bras - Port de charges au-delà de 2 kg - Activité au-dessus du niveau des épaules - Activité répétitive avec les membres supérieurs - Marche (pas de charge complète sur le membre inférieur gauche) - Utilisation des escaliers - Manger (couper les aliments, mettre/débarrasser les assiettes, etc.) - Réaliser la cuisine (couper les aliments, remuer les plats, porter les casseroles, etc.) - Sortir du domicile (en fauteuil roulant manuel ou électrique) - Faire les commissions - Utilisation des transports publics - Manque global d'endurance. ” Le Dr M._____ décrivait une dégradation progressive de l'état de santé de l'assurée en plusieurs étapes notamment à la suite d'une fracture du plateau tibial en 2019, à la mise en place de cages cervicales C4-C5 et C6-C7 en 2020, à l'accentuation du lipo-lymphoedème au moins depuis 2020-2021, à une infection au SARSCov2 en décembre 2021, à l'exacerbation des cervico-brachialgies et lombo-cruralgies depuis janvier 2022 environ, à la difficulté de sa patiente à maintenir une position assise dans le fauteuil roulant au-delà de vingt minutes consécutives depuis début 2022 avec (en position assise) une accentuation des problèmes de vidange vésicale et des douleurs, le tout se soldant par un déconditionnement général difficile à corriger au vu de la constellation de limitations fonctionnelles présentées. Aucune amélioration de l'état de santé n'était attendue, mais plutôt une dégradation (compte tenu de la poursuite du déconditionnement, le développement d'une arthrose de la cheville et du genou gauches, etc.). La dépendance de l'assurée, en particulier envers son mari, s'était clairement accentuée au cours des dernières années ; ainsi, elle se retrouvait contrainte de rester à domicile et de devoir compter sur l'aide de son époux/de tiers pour les soins personnels et les activités domestiques, ainsi que pour les déplacements, alors que tel n'était pas le cas, du moins pas à un tel point, lors de l'évaluation de l'impotence précédente, respectivement de la contribution d'assistance. Dans un avis du 1 er novembre 2023, le SMR, sous la plume de la DreE._____, a fait le point de situation sur la procédure de révision de l'allocation pour impotent, étant d'avis qu'à l'appui de sa thèse d'une aggravation et d'un besoin supplémentaire d'aide de l'assurée pour accomplir les actes « se vêtir », « se lever/se coucher », « manger », « aller aux toilettes » et du besoin d'un accompagnement, le Dr M._____ n'avait pas fourni de nouveaux éléments médicaux objectifs depuis l'expertise W._____. Les éléments médicaux récoltés au dossier n'étaient pas susceptibles de rediscuter le bien-fondé de la décision de l'OAI du 30 novembre 2020. La médecin du SMR a relevé ce qui suit : “ Nous disposons d'un certificat du Dr M._____ spécialiste MPR du 12.07.2023 qui renseigne les diagnostics incapacitants et les LF [limitations fonctionnelles] qui en découlent, déjà connus et pris en compte lors de notre précédente décision. Toutes les atteintes mentionnées notamment au plan ostéoarticulaire et s'agissant du SEDH [Syndrome d'Ehlers-Danlos] étaient effectivement déjà connues lors de l'expertise de 2020 et avaient donné lieu à une évaluation pluridisciplinaire approfondie. Les experts avaient alors retenu des LF en lien avec des « douleurs mécaniques diffuses articulaires et périarticulaires des membres supérieurs, des douleurs généralisées, une fatigabilité musculaire s'inscrivant dans le cadre du SEDH » et « la dépendance de plusieurs moyens auxiliaires pour la gestion des activités de la vie quotidienne » (p5-6/80 points 4.3 et 4.8 GED 22.10.2020). Notre décision du 30.11.2021 s'appuyait sur cette expertise et l'évaluation impotence. Le Dr M._____ ne nous fournit pas dans le cadre de cette révision de nouveaux éléments médicaux objectifs

depuis l'expertise W. _____ venant soutenir son appréciation d'une aggravation et d'un besoin supplémentaire d'aide pour les actes se vêtir, se lever/se coucher, manger, aller aux toilettes et l'accompagnement. " Entre-temps l'OAI avait fait réaliser une nouvelle enquête à domicile le 23 octobre 2023. Dans son rapport du 2 novembre 2023 – lequel a été rédigé à la suite d'un entretien du 26 octobre 2023 avec la Dre E. _____ et en tenant compte de l'avis SMR du 1^{er} novembre 2023 –, l'évaluatrice a constaté un besoin d'aide pour accomplir les deux actes ordinaires de la vie « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » ainsi que des soins permanents (déjà retenus). En revanche, elle a nié un besoin d'aide pour tous les autres actes ordinaires de la vie (« manger », « se vêtir/dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », et « aller aux toilettes »), en précisant pour les trois derniers actes : « Selon l'avis SMR du 01.11.2023, nous ne pouvons toutefois pas retenir de besoin d'aide pour cet acte ». Elle a par ailleurs écarté la nécessité d'une surveillance personnelle et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Sous l'intitulé « remarques », l'évaluatrice de l'OAI s'est exprimée en ces termes : “ L'entretien a eu lieu avec l'assurée, qui est restée allongée tout le long de l'entretien, sur le dos sans bouger. Son aide privée a vaqué à ses occupations ménagères. L'assurée nous a rappelé le lendemain pour préciser l'usage de l'urinoir, ayant eu honte d'en parler devant son assistante. Elle a envoyé un mail en date du 26.10.2023 pour faire part de son malaise lors de l'évaluation, qui a été longue, avec de nombreuses questions pour bien comprendre les difficultés rencontrées par l'assurée actuellement. Dès 12.2023, l'assurée va déménager dans un appartement à [...], au rez-de-chaussée. Ce seront donc les mêmes conditions qu'actuellement : immeuble récent, accessible, avec une baignoire. Dans [...], l'environnement est à plat, ce qui devrait améliorer ses capacités de sortie, selon ses propos. Les raisons du déménagement sont économiques et en lien avec l'accessibilité. Le couple est inscrit pour un appartement chez I. _____ à [...] et reste sur liste d'attente. En date du 26.10.2023, nous avons vu la Dresse E. _____ en permanence pour discuter de la situation de l'assurée qui décrit une péjoration importante de sa situation, ce que reprend le RM [rapport médical] du 14.07.2023. Toutefois, suite à son avis SMR du 01.11.2023, nous ne pouvons pas admettre d'aggravation de son état de santé permettant de retenir un besoin d'aide dans les autres activités AOV [activités ordinaires de la vie] que celles retenues précédemment. ” Par courrier du 27 novembre 2023, l'assurée, sous la plume de son conseil Me Gilles-Antoine Hofstetter, a fait part de son désaccord avec ce projet. Elle se prévalait d'une aggravation « considérable » de son état de santé en référence à l'avis du Dr M. _____, avec des atteintes à la santé évoluant de manière défavorable (chronicisation). Cette situation avait accentué la dépendance de l'intéressée envers des tiers durant les dernières années, telle que son médecin le mentionnait. Elle annonçait avoir besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour l'habillement (se vêtir/se dévêtir), les déplacements (se lever/s'asseoir/se coucher) et l'acte de manger, notamment. Elle prétendait à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave à compter d'une date à préciser ultérieurement. Les 7 et 21 décembre 2023, complétant ses objections, l'assurée a relevé que l'avis du SMR du 1^{er} novembre 2023 ne tenait pas compte du rapport d'enquête à domicile postérieur du 2 novembre 2023. Elle a produit un rapport du 15 décembre 2023 adressé à son avocat par le Dr M. _____ selon lequel le SMR retenait à tort des diagnostics et limitations fonctionnelles identiques à ceux pris en compte lors de l'expertise datant de 2020. Aucune limitation fonctionnelle n'était exprimée en dehors des propos repris par la Dre E. _____ du SMR qui mentionnait « une fatigabilité musculaire s'inscrivant dans le cadre du SEDh ». Or, la mention d'une fatigabilité musculaire était

insuffisante pour définir les limitations fonctionnelles avec précision, cette fatigue pouvant co-exister en cas d'une vie indépendante comme en cas d'une existence entièrement dépendante et grabataire. Selon le Dr M. _____, le degré d'atteinte et de handicap d'une personne devait s'apprécier dans l'évaluation des capacités quotidiennes en situation, sans quoi il ne devrait jamais être tenu compte d'aggravation de l'état général et des capacités fonctionnelles d'une personne souffrant d'une maladie évolutive (sclérose en plaques, Parkinson, Alzheimer, etc.) en l'absence de modification du diagnostic de base. Le Dr M. _____ a mis en évidence un nouveau besoin d'aide de tiers chez sa patiente pour accomplir les tâches et les activités suivantes : “- Se vêtir/se dévêtir : besoin d'aide aussi pour l'habillage du haut (T-shirt, pullover, etc). NB : ce besoin était déjà reconnu dans l'expertise de 2020, mais non repris par le SMR actuellement. Sur quelle base le SMR remet-il en question un besoin reconnu par l'expertise de 2020 sur laquelle il se base et dont le besoin s'est entre-temps accentué selon l'évaluation de Mme [...] ? - Se lever : Mme Z. _____ ne peut se lever seule, nécessitant l'aide d'une tierce personne pour redresser le tronc et tenir, puis basculer les membres inférieurs. Pour les transferts assis-assis, Mme Z. _____ nécessite aussi le soutien d'une personne pour ne pas chuter (NB : ostéoporose se soldant presque à chaque chute par une fracture, parfois très complexe, sans parler de l'hypermobilité articulaire, de l'instabilité post-traumatique du genou G, du surpoids par accentuation du lipo-lymphoedème, et du déconditionnement global suites de ses fractures, instabilité articulaire de genou G et de cheville G, etc.). Le SMR supprime ce besoin de façon arbitraire, non argumentée et incompréhensible. - Manger : Mme Z. _____ ne peut très fréquemment (la majeure partie des jours) manger le soir à table, ne tenant pas assise en raison de ses douleurs de SEDh. Elle a alors besoin qu'on lui apporte le repas dans le fauteuil du salon au lit. A nouveau, ce point, pourtant reconnu dans l'expertise de 2020, aggravé depuis lors, est non retenu par le SMR actuellement, sans autre motif. - Faire sa toilette : Mme Z. _____ nécessite quotidiennement de l'aide pour se laver le corps et les cheveux, se coiffer, se raser les jambes, etc. Elle ne parvient pas non plus toujours à se transférer avec l'aide d'un tiers sur la planche de douche. Pour une raison incompréhensible, le SMR ne retient pas de besoin d'aide pour la toilette des membres supérieurs, alors qu'il était déjà reconnu dans l'expertise de 2020 et qu'il s'est encore accentué. - Aller aux toilettes : de par la dégradation de l'état général et des capacités fonctionnelles décrites (voir aussi ci-dessous), Mme Z. _____ a le plus souvent besoin de l'aide d'un tiers (mari, assistante, voisine) pour se transférer sur les toilettes. Si elle ne peut pas aller aux WC, elle peut utiliser un vase, mais a le plus souvent (en moyenne au moins 1x/jour) besoin d'aide d'un tiers pour l'installer. Malgré ce besoin d'un tiers, sans lequel Mme Z. _____ ne peut aller aux WC et fait parfois ses besoins sur elle, le SMR ne retient pas ce besoin, à nouveau de manière non argumenté et arbitraire. Il en est de même des 2 domaines suivants : - Entretenir des contacts sociaux : sans l'assistance d'un tiers, Mme Z. _____ ne sort pas de chez elle. Elle reste de plus limitée dans ses capacités à tenir un téléphone (manque d'endurance, TOS neurogène), limitant fortement ses possibilités à entretenir des contacts sociaux. - Aide permettant de vivre de manière indépendante : Mme Z. _____ nécessite toujours de l'aide d'un tiers pour ses RDV médicaux ou ses sorties en général. ” De l'avis du Dr M. _____ son rapport du 12 juillet 2023 ne mettait pas uniquement en évidence des limitations fonctionnelles relevant d'une « fatigabilité musculaire » mais également d'autres manifestations du syndrome d'Ehlers-Danlos ainsi que des problèmes de santé supplémentaires (listés sous la rubrique « aggravation de l'état de santé avec dates » du rapport). Ce médecin a mentionné un besoin

d'aide pour accomplir les tâches et les activités suivantes : “ - Réalisation de la toilette (entrer/sortir du bain, se doucher, se laver/brosser les cheveux, sondage vésical intermittent, se crémer, etc.) ; aussi lié au TOS neurogène. - Habillage (enfiler/retirer les chaussettes/chaussures, sous-vêtements, bas de contention, pullover, etc.) : aussi lié au TOS neurogène. - Généralement se lever/s'asseoir/se coucher (surélever les membres inférieurs, maintien du tronc, etc.) : aussi lié à l'accentuation des lombo-cruralgies et à l'instabilité post-traumatique du genou G. - Station debout en dehors des transferts assis-assis : aussi liée à l'accentuation des lombo-cruralgies, du lipo-lymphoedème et à l'instabilité post-traumatique du genou G. - Activité à bout-de-bras : aussi lié au TOS neurogène. - Activité au-dessus du niveau des épaules : aussi lié au TOS neurogène. - Activité répétitive avec les membres supérieurs : aussi lié au TOS neurogène. - Marche (pas de charge complète sur le membre inférieur gauche) : liée à l'instabilité post-traumatique du genou G. - Utilisation des escaliers : aussi liée à l'accentuation des lombo-cruralgies, du lipo-lymphoedème et à l'instabilité post-traumatique du genou G. - Manger (couper les aliments, mettre/débarrasser les assiettes, etc.) : aussi liée au TOS neurogène. - Réaliser la cuisine (couper les aliments, remuer les plats, porter les casseroles, etc.) : aussi lié au TOS neurogène. - Sortir du domicile (en fauteuil roulant manuel ou électrique) : aussi lié au TOS neurogène. - Faire les commissions : aussi lié à l'accentuation des lombo-cruralgies et au TOS neurogène. - Utilisation des transports publics : aussi liée à l'accentuation des lombo-cruralgies, du lipo-lymphoedème et à l'instabilité post-traumatique du genou G. ” Le Dr M._____ doutait de la valeur probante de l'avis du SMR, aux motifs qu'il n'était pas argumenté et était contredit tant par l'évaluation à domicile postérieure que par l'expertise datant de 2020. Aux termes d'un avis SMR du 2 avril 2024, la Dre E._____ a indiqué que le rapport du Dr M._____ précité n'apportait aucun élément médical objectif nouveau depuis son rapport précédant du 12 juillet 2023 dont le SMR avait déjà tenu compte dans son avis du 1^{er} novembre 2023. Selon la médecin du SMR, les empêchements allégués par l'assurée lors de l'évaluation à domicile du 23 octobre 2023 et l'aggravation rapportée ne reposaient pas sur des éléments médicaux objectifs et vérifiables. Il convenait de compléter l'instruction sur le plan médical en obtenant les comptes-rendus d'hospitalisation à [...] et à la Clinique R._____ au mois de décembre 2021 dans le contexte d'une infection Covid, lesquels documents ne figuraient pas dans le rapport du Dr M._____, ainsi que demander à l'assurée de renseigner sur d'éventuelles hospitalisations et/ou passages aux urgences depuis 2022, et de récupérer les comptes-rendus y relatifs. Le 15 avril 2024, le secrétariat du cabinet du Dr M._____ a remis à l'OAI un compte-rendu du 5 janvier 2022 d'hospitalisation de l'assurée du 24 au 29 décembre 2021 à la Clinique R._____ en raison de maladie Covid-19 diagnostiquée le 14 décembre 2021 avec asthénie marquée, d'évolution favorable. Le secrétariat a indiqué que le compte-rendu d'hospitalisation à [...] n'était pas en sa possession. De son côté, l'assurée a informé l'OAI qu'elle n'avait pas été hospitalisée depuis 2022 (courrier du 18 avril 2024 de Me Hofstetter avec annexe). Dans un avis SMR « audition – API Suite d'avis » du 6 juin 2024, la Dre E._____ a constaté que les compléments d'informations récoltés n'apportaient aucun nouvel élément médical susceptible de remettre en cause la décision du 30 novembre 2020. La médecin du SMR disposait d'un résumé d'hospitalisation à la Clinique R._____ du 24 au 29 décembre 2021 pour une asthénie consécutive à la maladie Covid-19 diagnostiquée le 14 décembre 2021, avec une évolution rapportée favorable de l'asthénie, les seules autres plaintes renseignées étaient une constipation et une « vague douleur abdominal[e] » alors que le tout s'était rapidement

amélioré moyennant un traitement symptomatique qui avait permis le retour à domicile. Par ailleurs, l'assurée n'annonçait pas avoir été hospitalisée depuis 2022, sa prise en charge s'effectuant toujours au domicile. Par décision du 11 juin 2024 confirmant un projet de décision du 10 novembre 2023, l'OAI a refusé d'augmenter l'allocation pour impotence faible à domicile versée à l'assurée depuis le 1^{er} mars 2017, en raison d'une aide régulière et importante pour accomplir les deux actes ordinaires de la vie « faire sa toilette/soins du corps » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». B. a) Par acte du 11 juillet 2024, Z._____, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 11 juin 2024 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré grave lui est allouée à compter du 7 juillet 2022, subsidiairement à son annulation, le dossier de la cause étant renvoyé à l'OAI pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle évaluation à domicile en déplorant le caractère incomplet du rapport d'enquête du 2 novembre 2023 qui a largement minimisé les troubles présentés, et la réalisation d'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire au vu de l'aggravation « sensible » de son état de santé depuis le rapport d'expertise du 20 octobre 2020 du W._____. En substance, la recourante conteste la valeur probante des avis SMR des 1^{er} novembre 2023 et 6 juin 2024, ainsi que du rapport d'enquête à domicile du 2 novembre 2023, dès lors que son état de santé s'est considérablement aggravé depuis la précédente décision d'allocation pour impotent de degré faible du 30 novembre 2020, comme en atteste les rapports des 12 juillet 2023, 15 décembre 2023 et 22 juin 2024 du Dr M._____. Dans le rapport précité – produit au stade du présent recours –, le Dr M._____ a indiqué que les limitations et empêchements présentés justifiaient de retenir une impotence pour l'habillage, le coucher et le lever, la douche et les soins, les auto-sondages, la cuisine, l'alimentation (manger), les sorties et l'entretien des contacts sociaux. En définitive, le Dr M._____ a non seulement décrit la péjoration par étapes de son état de santé depuis 2019, mais également l'évolution défavorable de ses infections chroniques (SEDH, TOS, lipolyphoedèmes, etc...). La recourante soutient dès lors avoir besoin non seulement d'une aide importante et régulière d'autrui pour « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », ce qui est déjà admis, mais également d'une aide régulière afin d'accomplir les autres actes ordinaires de la vie, soit « se vêtir/se dévêtir », « se lever, s'asseoir et se coucher » et « manger » notamment. Par ailleurs, la recourante rappelle que son mari travaille à plein temps pour subvenir aux besoins du couple et qu'il n'a qu'une disponibilité réduite pour la soutenir, situation qui justifierait de retenir un besoin d'accompagnement. En annexe à son écriture, la recourante a encore produit un bordereau de pièces parmi lesquelles figure notamment un rapport du 12 juin 2024 du Dr M._____ adressé à la Dre P._____ résumant les diagnostics incapacitants à l'origine de l'impotence et rappelant également que la recourante se déplace en fauteuil électrique car elle ne peut plus marcher depuis un accident survenu en février 2019. La cause a été enregistrée sous le numéro de référence AI 212/24. Dans sa réponse du 27 août 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, observant en particulier la conformité aux exigences de la jurisprudence du rapport d'évaluation relatif à l'allocation pour impotent. Il a renvoyé par ailleurs à l'avis médical du SMR du 1^{er} novembre 2023 retenant l'absence de nouveaux éléments médicaux objectifs fournis par le Dr M._____ dans le cadre de la révision de l'allocation pour impotent depuis l'expertise du W._____. L'OAI s'est référé enfin à l'avis médical SMR établi le 27 août 2024 estimant que les nouvelles pièces médicales

produites ne pouvaient être assimilées à de nouveaux éléments médicaux objectifs. Dans sa réplique du 4 décembre 2024, la recourante a confirmé ses précédentes conclusions. Elle a tout d'abord indiqué que l'évaluatrice, en raison de son attitude très méfiante, voire hostile, l'a mise à plusieurs reprises à bout. L'évaluatrice a en outre exigé des réponses précises sur les capacités moyennes au quotidien, alors même que le syndrome d'Ehlers-Danlos et ses conséquences se manifestaient de manière irrégulière. Son aide à domicile, présente durant l'entretien, a d'ailleurs été choquée par ce comportement. La recourante a confirmé que les auto-sondages urinaires, les subluxations et luxations, les blocages divers (digestifs, articulaires, etc.), les douleurs et les symptômes invalidants, la mobilité et le peu d'indépendance fréquents étaient à l'origine d'empêchements qui se manifestaient sur de longues périodes en la privant de ses capacités résiduelles. Elle a déploré l'absence de détermination du SMR sur ce point, lequel s'est limité à affirmer que l'évaluation avait été longue « avec de nombreuses questions afin de bien comprendre les difficultés rencontrées actuellement par la recourante ». Elle produit un rapport du 20 septembre 2024 du Dr M._____. Se référant à l'avis médical du SMR du 27 août 2024, ce dernier a relevé que si l'intimé rappelait la valeur probante de l'évaluation à domicile, c'est paradoxalement lui-même et le SMR qui n'en tenaient pas compte dans leur appréciation, ce qui démontrait une absence de cohérence. Détaillant ses examens cliniques, il a précisé que le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) posé en 2022 justifiait de retenir des nouvelles limitations fonctionnelles depuis la précédente décision du 30 novembre 2020 (à savoir, une position statique et/ou en porte-à-faux de la nuque, une activité requérant une concentration intense ou prolongée, une activité à bout de bras, une activité au-dessus du niveau des épaules, une activité répétitive avec les membres supérieurs et le port de charges au-delà de deux à trois kilos ponctuellement). A ces restrictions, s'ajoutaient des séquelles du traumatisme de février 2019 au membre inférieur gauche, lesquelles n'avaient que partiellement été prises en compte lors de l'expertise en 2020, sa patiente ne pouvant tenir en position debout que le temps d'un transfert. Ces limitations ont débouché sur le développement d'un déconditionnement physique/musculaire global causant une péjoration objectivable et objectivée de la force ainsi que de l'endurance des membres supérieurs et inférieurs, comparativement à la situation qui avait cours en 2020. Enfin, le Dr M._____ a relevé qu'en réduisant le syndrome d'Ehlers-Danlos à quelques-unes des douleurs ou des conséquences de l'hypersensibilité nerveuse, le SMR a éludé toutes les autres manifestations invalidantes de cette atteinte à la santé (notamment les douleurs chroniques avec des migraines, douleurs abdominales, gynécologiques, etc., les troubles du sommeil, les fatigues et fatigabilité accrues, les déficits cognitifs [attentionnels, mnésiques, etc.] et l'instabilité articulaire) restreignant les activités domestiques et quotidiennes de sa patiente. Il a dès lors qualifié les appréciations du SMR et l'OAI de « clairement contestables et inappropriées ». Dans sa duplique du 17 janvier 2025, l'OAI a maintenu sa position tendant au rejet du recours. Il a produit un avis SMR du 16 janvier 2025 faisant le point final de la situation en retenant que les informations médicales fournies le 20 septembre 2024 par le Dr M._____ ne comportaient pas d'éléments médicaux objectifs établissant de manière tangible une modification durable de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 30 novembre 2020 susceptible d'influencer son impotence. b) Par décision du 23 août 2024, l'OAI a fait savoir à l'assurée que son droit à la contribution d'assistance était inchangé et que cette prestation était « versée dans la même mesure que jusqu'ici ». Par acte du 12 septembre 2024, Z._____, représentée par Me Hofstetter, a déféré cette décision devant la Cour de céans. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme

en ce sens qu'elle a droit à une contribution d'assistance augmentée compte tenu de l'aggravation de son impotence, subsidiairement, à son annulation, le dossier de la cause étant renvoyé à l'OAI pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Elle a requis à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une nouvelle évaluation à domicile et une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire, précisant que cette dernière mesure, déjà sollicitée dans l'acte de recours du 11 juillet 2024, devrait en outre porter sur la nécessité de son droit à bénéficier d'une contribution d'assistance. La cause a été enregistrée sous le numéro de référence AI 279/24. Dans sa réponse du 28 octobre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Observant en particulier qu'il était difficile d'indiquer le montant de la contribution d'assistance si l'allocation pour impotent venait à augmenter, l'intimé a estimé qu'une jonction des causes AI 212/24 et AI 279/24 se justifiait. c) Par ordonnance du 14 novembre 2024, la juge en charge de l'instruction a suspendu la procédure AI 279/24 jusqu'à droit connu dans la cause AI 212/24. E n d r o i t :

- 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. En l'espèce, le litige a pour objet le maintien, à l'issue d'une procédure de révision, de l'allocation pour impotent servie à la recourante. Est litigieux le degré d'impotence présenté par cette dernière, singulièrement le besoin d'aide pour réaliser certains actes ordinaires de la vie (en particulier « se vêtir/se dévêtir », « se lever, s'asseoir et se coucher », « manger » et « aller aux toilettes ») et la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. 3. L'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 des modifications législatives et réglementaires dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI]), modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706) n'a pas modifié les conditions du droit à une allocation pour impotent. 4. a) En vertu de 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. b) Lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88 bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) sont applicables (cf. art. 35 al. 2, première phrase, RAI). En vertu de l'art. 88 bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. c) 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. 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 précédente décision rendue sur le fond et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel

ne constitue pas un motif de révision (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 et 9C_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4).

5. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. b) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42 bis (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

6. a) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c). c) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou - d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). d) L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : - vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; - faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou - éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

7. a) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir et se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c). b) Il faut que l'aide requise soit régulière et importante pour être prise en considération au titre de l'impotence. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers,

elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI). c) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 ; ch. 2015 et 2017 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 28 ss ad art. 42 LAI, p. 605 et références citées).

8. a) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450). aa) Dans la première éventualité (art. 38 al. 1 let. a RAI), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10 ; TF 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). La nécessité de l'assistance d'un tiers pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4). bb) Dans la deuxième éventualité (art. 38 al. 1 let. b RAI ; accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C_425/2014 précité consid. 4.1 et 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). cc) Dans la troisième éventualité (art. 38 al. 1 let. c RAI), l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_425/2014 précité consid. 4.1 et 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2). Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des rencontres (ATF 133 V 450 consid. 9 ; TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2.1). b) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie a pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière autonome. Le fait que l'assuré effectue certaines activités plus lentement ou avec peine ou uniquement à certains moments ne signifie pas qu'il devrait être placé en home ou dans une clinique s'il n'avait pas d'aide pour ces tâches ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 2087 CSI). c) Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une

fonction partielle des actes ordinaires de la vie, la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_691/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.2). d) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine (ch. 2012 CSI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). 9. L'impotence et l'invalidité sont deux choses différentes, quand bien même elles ont pour point commun la référence à la notion d'atteinte à la santé (cf. art. 7 et 8 LPG, d'une part, et 9 LPG, d'autre part). Par exemple, de nombreux assurés – notamment ceux qui sont paraplégiques – peuvent percevoir une allocation pour impotent mais pas une rente d'invalidité, grâce à une réadaptation professionnelle réussie. A l'inverse, on peut se trouver en présence d'assurés totalement invalides qui perçoivent une rente entière mais qui n'ont pas droit à une allocation pour impotent, dans la mesure où ils peuvent accomplir eux-mêmes les actes de la vie ordinaire (ATF 137 V 351 consid. 4.3). En résumé, l'allocation pour impotent sera allouée lorsque l'atteinte à la santé entraîne les conséquences prévues par la loi (impossibilité d'accomplir les actes ordinaires de la vie, besoins en soins ou d'accompagnement), sans égard au fait que le degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente soit atteint ou non (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 p. 599). Cela signifie en d'autres termes que seules les considérations relatives à la perte d'autonomie (besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, besoin d'accompagnement durable, etc.) engendrée par l'atteinte à la santé sont déterminantes pour se prononcer sur l'impotence. Il importe peu que les diagnostics incapacitants actuels soient les mêmes. 10. a) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (cf. Michel Valterio, op.cit., n° 7 ad art. 42 LAI, p. 597). b) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). c) L'aide exigible de tiers dans le cadre de l'organisation de la communauté familiale ne doit pas devenir excessive ou disproportionnée, sauf à vouloir vider l'institution de l'allocation pour impotent de tout son sens (TF 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4). Il faut néanmoins se demander comment une communauté familiale raisonnable s'arrangerait si elle ne pouvait compter sur aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2). Cette aide va plus loin que le soutien auquel on peut s'attendre en l'absence d'atteinte à la santé (ch. 2100 CSI). 11. a) En vertu de l'art. 61 let. c LPG, le tribunal apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher

l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). c) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, ce qui ne signifie toutefois pas que l'enquêteur devrait être lui-même médecin ou ergothérapeute (TF 9C_560/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.2.2). Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93). 12. a) En l'espèce, il convient d'examiner l'évolution éventuelle de la situation de la recourante par la comparaison de ses besoins actualisés au 11 juin 2024 et de ceux pris en compte à l'issue de la précédente décision au fond en matière d'impotence, datée du 30 novembre 2020. Il s'agit ainsi de déterminer si une modification significative et durable de l'état de santé ou de l'assistance prodiguée, constitutive d'un motif de révision au sens de l'art.

E. 17

Compte tenu des éléments qui précèdent, il y a lieu de conclure que la recourante présente une impotence pour l'accomplissement de trois actes ordinaires de la vie, à savoir « se lever, s'asseoir et se coucher », « faire sa toilette » et « se déplacer/établir des contacts sociaux ». Cette conclusion ne permet pas la reconnaissance du droit à une allocation pour impotent de degré moyen.

E. 18

a) Eu égard à l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, les descriptifs du quotidien rapportés par les experts avaient mis en évidence une organisation face au handicap permettant à l'assurée de faire quelques exercices le matin, se faire livrer les courses à domicile, s'occuper de l'administratif, entretenir des contacts sociaux plutôt régulièrement, s'adonner à ses loisirs (notamment le chant à la maison « devant son chien et son chat »), étant précisé que son mari s'assurait que tout était en ordre avant de partir au travail et qu'il avait même installé un bureau à la maison afin d'y travailler lorsque son épouse n'était pas bien. b) L'enquêtrice de l'intimé ne retient aucun besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie dans son rapport du 2 novembre 2023 : “ 4.2 La personne assurée a-t-elle régulièrement besoin, en raison de son

atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie ? [...] Sous quelle forme ? Selon l'avis SMR du 01.11.2023, nous ne pouvons toutefois pas retenir de besoin d'accompagnement. L'assurée présente les mêmes compétences du point de vue intellectuel et gestion. Levée au FR [fauteuil roulant], elle peut faire des choses simples à sa hauteur . 4.2.1 Prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante [...] Structurer ses journées : l'assurée se charge de tout seule, notant ses RDV dans le téléphone et partageant son agenda avec son époux. Faire face aux situations quotidiennes : les paiements sont faits avec son époux, ce dernier rentre les numéros. L'assurée peut aussi faire des paiements avec le qr code, elle a l'application sur le téléphone pour faire certains paiements. Gestion des courriers : l'assurée ne peut pas aller chercher le courrier, les boîtes étant après la porte d'entrée de l'immeuble, à l'extérieur. Un tiers doit aller chercher ses lettres ou selon le facteur, il lui met sur le meuble à chaussures. Idem pour les colis qui étaient mis sur la terrasse puis son mari les rentrait le soir mais le facteur a changé, donc cela ne se fait plus ainsi. Tenir le ménage : les repas sont préparés à l'avance pour la semaine par son mari. Si un tiers vient à midi, comme sa voisine avocate ce jour, son papa 2X/semaine, ces derniers préparent le repas et le réchauffent ou amènent un repas à l'emporter. L'assurée peut réchauffer au four car il est en bas mais il faut que le plat soit déjà sorti car elle ne peut rien prendre de lourd et ne peut pas être en bras de levier. Elle a des petits plats pyrex mais les poignées sont difficiles à ouvrir selon les douleurs. Elle mange souvent froid, peut prendre dans le frigo au 1^{er} étage mais pas au-dessus. Elle ne peut saisir qu'à sa hauteur et un ustensile peu lourd. Elle peut ranger les ustensiles pour boire et les services à sa hauteur, elle ne peut pas tendre les bras ou se baisser. Ménage et lessives : tout est fait à sa place. 4.2.2 Accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile [...] [...] à [...]. Elle fait des commandes par internet comme chez [...] pour la nourriture, choisissant un horaire de livraison afin qu'un tiers soit là pour réceptionner, ranger au frigo. La journée, elle peut lire, écouter des conférences, des amis viennent la trouver à la maison. Elle ne va plus en visite chez des gens, même chez son papa qui est dans l'immeuble à côté (elle y va accompagnée, allant boire un café, son appartement étant aussi au RDC). Elle explique qu'elle ne peut soit pas accéder ou qu'elle doit partir en catastrophe, devant se recoucher car elle n'est pas bien. L'assurée et son époux ne sont donc plus invités nulle part. RDV médicaux, administratifs : l'assurée est toujours véhiculée par un tiers depuis l'appartement jusqu'au retour à l'appartement. Elle peut en revanche expliquer ce qu'elle a . 4.2.3 Présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable ? non. ” c) La recourante fait valoir qu'elle nécessite l'aide d'un tiers pour se rendre à ses rendez-vous médicaux ou ses sorties du domicile en général. Lors de la nouvelle enquête réalisée en 2023, elle a déclaré que l'aide quotidienne lui est apportée par son mari et par l'assistante dont elle bénéficie selon la contribution d'assistance. Elle a indiqué que son époux commence à avoir des difficultés de dos en raison de la forte sollicitation quotidienne. Il l'aide avant de partir au travail, mais il travaille à plein temps, si bien qu'il est absent en journée de 7h30 à 19h, voire plus tard, et qu'il donne des cours le samedi. L'époux n'effectue plus de télétravail, car il n'a plus un statut d'indépendant depuis la crise de la Covid-19. L'assistante vient au domicile de la recourante les lundis (deux heures), les mercredis (trois heures) et les vendredis, selon le solde de la contribution d'assistance disponible. Elle vient également sur appel en cas de besoin (blocage ou si le mari n'a pas pu aider le matin avant de partir au travail). Si le mari est absent la nuit, l'assistante reste avec l'assurée. Quant au père de l'intéressée âgé de huitante-deux ans, il vient parfois à sa rencontre, habitant un immeuble à côté celui de sa

filles. Cette dernière précise ne pas recourir aux soins à domicile, car le changement d'intervenants est difficile à vivre pour elle en raison du stress causé ainsi que de sa tendance à l'agoraphobie et aux abus passés. Elle ajoute qu'une voisine l'aide au besoin en venant lui préparer à manger et partager le repas avec elle. Dans le formulaire de révision de l'allocation pour impotent du 7 juillet 2023, la recourante a fait état d'un besoin d'accompagnement constant pour toutes les sorties hors de son domicile pour entretenir des contacts sociaux et un contact avec l'extérieur, car elle se déplace uniquement en fauteuil roulant. Il convient de constater que la recourante est désormais seule la journée, dès lors que son époux n'est plus en mesure d'effectuer du télétravail et parfois la nuit selon ses indications, même si de telles absences sont irrégulières. Le changement à prendre en compte n'est pas lié à une perte d'autonomie, mais à l'organisation professionnelle de son époux. Se pose donc la question de la quotité de l'aide exigible des proches, à savoir si l'aide déterminée par l'intimé doit être qualifiée d'excessive ou de disproportionnée. C'est à bon droit qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'a pas été reconnu : certes, la plupart des tâches ménagères et des repas est réalisée par son conjoint, lequel les prépare à l'avance pour la semaine, mais la recourante est capable de les réchauffer. La recourante a du reste elle-même concédé une certaine participation au ménage. Elle se débrouille ainsi seule pour le lavage en mettant au lave-vaisselle et peut nettoyer la table et l'avant des plans de travail. Elle est également capable de ranger et de nettoyer à hauteur de fauteuil (par exemple : le lavabo), ainsi que de prendre la poussière et remuer les coussins. Elle a toutefois besoin d'aide pour les tâches plus difficiles (faire le lit, changer une ampoule etc..) et pour les tâches qui sont hors de sa portée lorsqu'elle est en fauteuil roulant. Elle peut plier des pièces de linges petites ou légères. On peut estimer que la recourante est en mesure d'effectuer les tâches ménagères légères essentielles, quand bien même celles-ci lui prennent davantage de temps ou nécessitent des adaptations pour respecter sa fatigabilité et ses douleurs. Par ailleurs, en dépit des contraintes engendrées par l'activité professionnelle de son conjoint, il n'apparaît pas démesuré d'exiger de la part de ce dernier une participation soutenue à la réalisation des tâches ménagères et à la cuisine, l'atteinte au dos apparaissant davantage liée à l'aide directe apportée à la recourante pour les actes nécessitant l'aide d'un tiers (faire sa toilette ; se lever, s'asseoir et se coucher) plutôt qu'à la tenue globale du ménage et en particulier aux tâches nécessitant de la force. L'intéressée est autonome pour organiser ses journées. Elle est en mesure d'honorer ses rendez-vous médicaux. Elle organise ses déplacements en étant véhiculée par un tiers depuis l'appartement jusqu'au retour à l'appartement. Elle est en mesure d'expliquer ses symptômes. La recourante structure seule ses journées, elle note ses rendez-vous dans son téléphone et partage son agenda avec son époux. Elle est capable de gérer des paiements avec un QRcode et s'occupe du courrier qui est déposé sur le meuble à chaussures par le facteur. S'agissant des difficultés spécifiques entravant la mobilité de la recourante, il convient de rappeler qu'elles ont été prises en compte au titre du besoin d'aide pour accomplir l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », de sorte qu'il n'y a pas lieu de les prendre en considération une nouvelle fois au titre d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. On ne saurait ainsi conclure à la réalisation de la situation décrite par l'art. 38 al. 1 let. b RAI.

E. 19

L'enquête du

E. 23

octobre 2023 a été faite au domicile de la recourante par une personne qualifiée, qui avait une pleine connaissance de la situation de l'assurée, de son environnement et de ses limitations fonctionnelles. L'enquêtrice a tenu compte des indications de l'intéressée, qu'elle a clairement consignées dans son rapport et qui sont en adéquation avec les constats effectués durant l'enquête ainsi que l'état de santé médical. Même si la recourante a eu l'impression que l'enquêtrice insistait sur certains points, il ne faut pas perdre de vue qu'il lui appartient notamment de déterminer la régularité et l'importance de l'aide apportée, ce qui nécessite des réponses précises à de nombreuses questions. On peut relever que le rapport d'enquête du 2 novembre 2023 constitue, a priori, un document exhaustif reflétant objectivement les difficultés rencontrées par l'assurée dans ses activités quotidiennes, étant précisé qu'il est largement fondé sur les explications communiquées par celle-ci lors de la visite domiciliaire. Les explications données par la recourante à l'enquêtrice ont permis à celle-ci de constater les difficultés de l'assurée à accomplir certaines tâches, de comprendre les ressources de celle-ci et de savoir l'étendue de l'aide obtenue de tiers. Le rapport peut ainsi être considéré comme suffisamment motivé et détaillé, de sorte qu'il constitue une base fiable de décision et l'autorité de céans ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'évaluatrice, sauf s'il s'avérait évident qu'elle reposait sur des erreurs manifestes, ce qui est le cas concernant l'acte « se lever, s'asseoir et se coucher » que l'enquêtrice n'a finalement pas retenu en suivant l'avis du SMR du 1^{er} novembre 2023, lequel allait à l'encontre de ses propres constatations. Toutefois, la péjoration de l'autonomie de la recourante en lien avec l'acte précité ne modifie pas son besoin d'aide tel que reconnu dans la décision attaquée. Enfin, les attestations produites et les pièces médicales au dossier, en particulier les rapports du Dr M. _____, ne permettent pas d'apprécier la situation sous un autre angle. 20. En définitive, la recourante ne remplissant pas les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave, c'est donc à bon droit que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations du 7 juillet 2023. Même si l'assurée présente un besoin d'aide supplémentaire concernant l'acte « se lever, s'asseoir et se coucher » auquel s'ajoutent les deux autres besoins déjà reconnus lors de la précédente décision de son droit à l'allocation pour impotent, soit celle du 30 novembre 2020, son droit à une allocation pour impotent de degré faible reste en effet inchangé. 21. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle évaluation à domicile, ni une expertise médicale « à vocation pluridisciplinaire », comme requises par la recourante (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). 22. 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. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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