

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 540 vom 30. Juni 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__540

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 540 du 30 juin 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 540 del 30 giugno 2025

Regeste

POLYARTHRITE, ALLOCATION POUR IMPOTENT, ACCOMPAGNEMENT POUR FAIRE FACE AUX NÉCESSITÉS DE LA VIE, SE VÊTIR ET SE DÉVÊTIR, SOINS DU CORPS, REJET DE LA DEMANDE | 37 LAI, 38 LAI, 42 LAI, 9 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2025 / 540

POLYARTHRITE, ALLOCATION POUR IMPOTENT, ACCOMPAGNEMENT POUR FAIRE FACE AUX NÉCESSITÉS DE LA VIE, SE VÊTIR ET SE DÉVÊTIR, SOINS DU CORPS, REJET DE LA DEMANDE | 37 LAI, 38 LAI, 42 LAI, 9 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 108/24 - 207/2025 ZD24.017011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 30 juin 2025 _____ Composition : Mme Berberat , présidente
MM. Piguet et Wiedler, juges Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre :
K. _____ , à M. _____, recourante, représentée par Me Marine Girardin, avocate à
Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE
VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 9 LPGA ; 42 LAI ; 37 et 38 LAI
n f a i t : A. a) K. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, est la mère de
quatre enfants nés en 1986, 1991, 1996 et 1998. Au bénéfice de diplômes français
d'aide-soignante et de professeur des écoles acquis en 1986 et 1995, elle a effectué des
remplacements auprès de la Direction Générale de l'Enseignement Obligatoire du Canton
de Vaud (DGEO) à des taux variables entre 2003 et 2005. Depuis 2007, elle travaillait en
tant que kinésologue, thérapeute et masseuse indépendante. Elle s'est trouvée en incapacité
de travail totale depuis le 22 juin 2016 et à 70 % dès le 10 octobre 2016 en raison d'une
maladie de Lyme avec céphalées, fatigue et douleurs articulaires, qui s'était compliquée en
arthrite de Lyme. Le 4 janvier 2017, à la demande de son assurance perte de gain maladie,
l'assurée a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après :
l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce en raison d'une aggravation de ses
symptômes. Selon le rapport initial de détection précoce du 8 février 2017, l'assurée a
expliqué avoir été mordue par une tique au cours de l'été 2015 et avoir reçu un traitement
antibiotique durant deux mois pour la maladie de Lyme. Depuis juin 2016, elle rencontrait
de grandes difficultés, peinant à bouger et étant très fatiguée. Elle avait repris son activité à
30 % mais ne pouvait assurer qu'un seul massage par jour en raison de ses troubles
articulaires et manquait de concentration pour d'autres soins. Elle avait réfléchi à diversifier
son activité pour enseigner une introduction à la philosophie dans des classes, avait débuté
une formation dans le Qi Gong et animait des ateliers de coaching. L'assurée ne souhaitait
alors pas l'aide de l'OAI et pensait reprendre progressivement son travail et diversifier son
activité. L'OAI a estimé qu'il n'était donc pas compétent. Le 25 septembre 2018, l'assurée

a adressé à l'OAI une demande de prestations, faisant état d'une polyarthrite de Lyme et d'une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en mai 2017 qui avaient occasionné une incapacité de travail à 100 % du 22 juin au 9 octobre 2016, à 70 % jusqu'au 22 mars 2017, à 50 % jusqu'au 8 mai 2017, à 70 % jusqu'au 3 août 2017, à 50 % jusqu'au 26 avril 2018 puis à nouveau à 70 %. L'assurée a complété la demande en indiquant qu'elle avait effectué des remplacements à des taux variables entre le 15 décembre 2003 et le 18 mars 2005 à la DGEO, qu'elle était thérapeute indépendante au sein d'E. _____ à plein temps du 1^{er} mai 2007 au 22 juin 2016 puis uniquement à 30 % depuis le 27 avril 2018 jusqu'alors. Dans le Formulaire « détermination du statut », complété le 8 novembre 2018, l'assurée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait depuis 2007 à plein temps en tant que « thérapeute kinésologue et masseuse thérapeutique/coach en développement ou enseignante pour le canton de VD » pour raisons financières, ses filles les plus jeunes étant aux études et leur père étant au chômage. Les époux se sont séparés par la suite, à partir du 1^{er} décembre 2018. L'assurée a transmis à l'OAI une copie de ses diplômes, à savoir celui de normalisations ostéopathiques articulaires et viscérales, équilibrations bio-comportementales en kinésologie et harmonisations avec les élixirs floraux du Dr Bach délivré en 2005, de massages classiques et thérapeutiques obtenus en juin 2007, et de thérapeute en kinésologie obtenu en 2009. En août 2005, le Département de la formation et de la jeunesse lui avait délivré une équivalence pour le diplôme de Maîtresse généraliste, premier cycle primaire. L'OAI s'est fait remettre, à sa demande, le dossier constitué par l'assureur perte de gain maladie de l'assurée. Dans un rapport du 16 décembre 2016, le Dr F. _____, spécialiste en rhumatologie, indiquait que, sur la base des déclarations de l'assurée, de son examen clinique et du bilan paraclinique, il n'avait pas d'argument pour retenir une polyarthrite rhumatoïde en dépit de la présence des anti-CCP. Il était également difficile de retenir une maladie de Lyme, vu le tableau des anticorps et les traitements antibiotiques répétitifs. Le 17 janvier 2017, le Dr Q. _____, spécialiste en neurologie, retenait une probable symptomatologie multiforme de caractère non organique, sans argument en faveur d'une pathologie rhumatologique ou de maladie de Lyme chronifiée. Le Dr F. _____ adressa l'assurée au rhumatologue B. _____ afin qu'il puisse se prononcer sur une éventuelle polyarthrite rhumatoïde débutante avec anticorps anti-CCP positif, en février 2017. Dans un rapport du 1^{er} juin 2017, le Dr B. _____ retenait le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive débutante, au vu des plaintes anamnestiques (polyarthralgies diffuses sans signes cliniques clairs de synovite, fatigue intense, céphalées intermittentes), des signes radiologiques de synovite et des anti-CCP positifs. Un traitement par Methotrexate 15 mg était mis en place depuis le 9 mai 2017. Le 27 juillet 2017, la Dre J. _____, cheffe de service de rhumatologie de l'Hôpital W. _____, posait le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive diagnostiquée le 9 mai 2017. Un traitement de Plaquenil 400 mg était introduit, mais l'assurée refusait un traitement supplémentaire. Dans un rapport du 28 mai 2018, le Dr G. _____, spécialiste en rhumatologie, rapportait une adhérence thérapeutique limitée et la présence de synovites douloureuses probablement liées à l'arrêt du traitement de Plaquenil entre décembre 2017 et mars 2018. L'assurée refusait toujours le traitement de Méthotrexate, de sorte que le rhumatologue proposait d'augmenter à 600 mg le traitement de Plaquenil et prescrivait de la physiothérapie. Dans un rapport du 19 décembre 2019, la Dre X. _____, médecin traitante, a posé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive présente depuis 2016 et diagnostiquée en 2017. L'assurée présentait des douleurs polyarticulaires invalidantes des petites articulations des mains, des coudes, des genoux et des hanches, occasionnant une

mauvaise tolérance à l'effort prolongé, une asthénie et une force musculaire diminuée. La capacité de travail, dans toutes activités, était de 20 % dès le 12 novembre 2018. La Dre X. _____ a joint à son envoi des rapports établis les 16 mai et 2 décembre 2019 par le Dr T. _____, spécialiste en rhumatologie. Le Dr T. _____ rapportait en mai 2019 une faible activité de la maladie. L'assurée était sous traitement de Plaquenil 600 mg qui ne permettait pas de contrôler les douleurs de manière suffisante, mais elle refusait le traitement de Méthotrexate par crainte d'effets secondaires. En décembre 2019, il relevait des anti-CCP désormais négatifs et constatait toujours une maladie de faible activité sous traitement de Plaquenil 400 mg (DAS28 VS à 2,64). Les anti-CCP négatifs ne signifiaient pas une guérison. En réponse à une demande d'informations, le Dr F. _____ a indiqué le 17 juillet 2020 qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis le 2 février 2017. Le 20 juillet 2020, le Dr Q. _____ a exposé que l'assurée n'était pas suivie par ses soins. Le 21 août 2020, le Dr T. _____ a indiqué que, depuis son dernier rapport, l'assurée avait diminué son traitement de Plaquenil à 200 mg, ce qui avait conduit à un gonflement de sa main et entraîné une importante raideur matinale, motivant une majoration du traitement à 400 mg. L'activité de la maladie était insuffisamment contrôlée par le traitement et l'assurée refusait toujours le traitement de Méthotrexate. L'assurée présentait une douleur à la pression des deux poignets, le Gaenslen était positif au niveau des deux mains, l'articulation trapézométacarpienne de la main droite était légèrement gonflée et douloureuse et le DAS28 VS de 2,73 montrait une activité de la maladie faible. L'assurée n'était pas en rémission. N'ayant pas prescrit d'arrêt de travail, il n'a pas précisé la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée. Dans un rapport du 28 août 2020, le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée présentait une affection somatique. À part une fatigue et une fatigabilité importante qui semblaient dues à la polyarthrite, ainsi que par moment de la tristesse et de l'anxiété liée à l'évolution de la maladie, l'assurée ne présentait pas de symptomatologie psychiatrique particulière. Elle n'était pas limitée sur le plan psychiatrique dans l'exécution des tâches journalières et ses capacités à entreprendre une activité professionnelle. Le Dr H. _____ a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation (F43.22). Le suivi était assuré toutes les trois semaines, principalement en lien avec la séparation d'avec son époux, sans médication ni hospitalisation. Sa pathologie somatique l'affectait fortement dans sa capacité de travail, ne pouvant assurer que huit séances par mois en tant que kinésologue, ainsi que dans ses activités sociales et la tenue de son ménage. Le service de rhumatologie de l'Hôpital W. _____ a informé l'OAI qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis son dernier rapport du 28 mai 2018 et ne pouvait compléter la demande de renseignements qui lui avait été adressée. Le 21 octobre 2020, la Dre X. _____ a exposé à l'OAI que, depuis son dernier rapport, la persistance de l'asthénie avait nécessité des adaptations des activités de la vie quotidienne avec une impossibilité de faire des activités sur l'entier de la journée. L'assurée arrivait mieux à gérer les activités et le temps de repos nécessaire pour chacune d'elles. En parallèle à l'augmentation de la fatigue, il y avait une augmentation des douleurs qui entraînaient des insomnies. L'assurée présentait une perte de force importante surtout aux membres supérieurs. Les symptômes étaient inchangés depuis plus d'une année. La Dre X. _____ a retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde avec atteinte de multiples articulations (épaules, mains, poignets, genoux, chevilles) avec raideur matinale et douleurs nocturnes occasionnelles. Son taux d'activité était resté stable et inférieur à 20 % depuis novembre 2018. Depuis 2017, elle avait adapté son activité professionnelle avec l'arrêt de la pratique des massages et des manipulations et s'était orientée vers la kinésologie et le

Tai-chi. Des mesures de réadaptation semblaient difficiles à envisager en raison de la perte de force. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre X. _____ a renvoyé à la « lettre Dr T. _____ et Ex. Clinique Dr P. _____ », sans adresser ces documents. En février 2021, l'assurée a informé l'OAI à sa demande qu'aucune intervention chirurgicale n'était prévue pour le moment. Elle a précisé ne pas être en assez bonne santé, ayant été diagnostiquée positive au Covid-19 en novembre 2020 et ayant de la peine à s'en remettre. Le 11 mai 2021, la Dre X. _____ a adressé à l'OAI divers rapports médicaux déjà au dossier ainsi qu'un rapport établi le 25 août 2020 par le Dr T. _____. Le spécialiste précisait que l'assurée poursuivait le traitement de Plaquenil de manière aléatoire avec diminution périodique de la dose à 200 mg en signalant des douleurs articulaires au niveau des mains, poignets, épaules, genoux et chevilles avec raideur matinale sans réveil nocturne. Après l'examen clinique, il constatait que la maladie semblait insuffisamment contrôlée mais l'assurée refusait toujours un changement de traitement de fond. La Dre X. _____ attestait à nouveau une incapacité totale de travail dès le 1^{er} janvier 2021. Suivant l'avis de son Service médical régional (ci-après : SMR) du 9 juillet 2021, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, dont la réalisation a été confiée au Centre d'expertises L. _____, plus particulièrement aux Drs N. _____, spécialiste en médecine interne générale, Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S. _____, spécialiste en rhumatologie. Après avoir vu l'assurée les 23 et 25 novembre 2021, les experts ont rendu leur rapport le 3 février 2022. Au terme de leurs rapports respectifs et de leur évaluation consensuelle, ils ont retenu le diagnostic incapacitant de polyarthrite rhumatoïde séropositive non érosive (M05.9) et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de maladie de Von Willebrand (D68.0), de status post zona dorsal (2016), de status post maladie de Lyme (2015) traitée par Doxycycline, de prolapsus mitral (I34.1), de polype intestinal (K63.5), d'asthme (J45), d'intolérance au lactose (E73.9) et d'antécédent de trouble de l'adaptation, réaction dépressive, dernier épisode début 2020, dans un contexte de maladie somatique et de séparation de couple. Ils ont estimé que l'assurée était incapable de travailler, du point de vue rhumatologique, dans son activité habituelle de massothérapeute depuis le 22 juin 2016. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans position statique assise ou debout prolongée, sans effort physique, sans mouvement répétitif des articulations, en particulier des poignets et des mains, avec un port de charges non itératif limité à 2,5 kg, sans travail des membres supérieurs en hauteur, sans travail en position agenouillée ni accroupie, sans déplacement, sans travail sur une échelle ou un escabeau et dans un environnement tempéré, la capacité de travail était de 50 % depuis le 16 mai 2019 (capacité complète avec diminution de rendement de 50 %), date à laquelle le Dr T. _____ avait constaté une faible activité de la polyarthrite. Un traitement de fond, comme proposé par le Dr T. _____ mais refusé par l'assurée, était susceptible d'améliorer son état de santé et sa capacité de travail dans une activité adaptée. Dans un rapport d'examen du 2 mars 2022, le SMR a repris les conclusions des experts et estimé que celles-ci étaient probantes. Le 10 juin 2022, à la demande de l'OAI, l'assurée a transmis ses comptes d'exploitation et ses décisions de taxation d'impôt pour les années 2018 à 2020, précisant qu'en 2018 l'imposition incluait son époux et que sa déclaration d'impôt pour 2021 n'avait pas encore été déposée. Le 22 juillet 2022, l'OAI a procédé à une analyse économique pour les indépendants. En examinant les comptes de l'assurée, l'OAI a constaté que les revenus générés par l'activité indépendante ne reflétaient pas une activité à 100 %, même en se référant aux meilleures

années. Le fait que l'assurée ne déployait pas une capacité de travail de 100 % avant son atteinte à la santé était lié à des aspects conjoncturels, rares étant les thérapeutes alternatifs parvenant à une activité à plein temps. Aussi, afin de chiffrer le revenu sans invalidité, l'OAI a proposé de se référer aux données salariales statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), plus particulièrement le niveau de compétences 2 de la branche 96, soit 49'227 fr. en 2018 et 49'714 fr. en 2019 pour une activité à plein temps. S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI a relevé que certes le SMR avait considéré que l'activité habituelle n'était plus adaptée, mais qu'au vu des informations figurant sur son site internet, l'assurée dispensait des soins qui, pour certains, ne nécessitaient a priori pas d'efforts physiques conséquents et qui pourraient être adaptés à ses limitations. Dans ce cas, le revenu d'invalidité s'élèverait à 50 % du revenu sans invalidité. La division de réadaptation devrait toutefois se prononcer pour déterminer s'il pouvait être considéré si l'assurée pouvait déployer des soins à 50 % ou si une activité mieux adaptée offrirait une meilleure capacité de gains. Dans un rapport final de réadaptation du 11 août 2022, l'OAI a considéré que la poursuite de l'activité habituelle semblait être la meilleure mise en valeur possible de la capacité résiduelle de travail de l'assurée et estimé qu'une réadaptation n'était pas nécessaire. Il a ainsi arrêté le revenu sans invalidité à 49'714 fr. en 2019 et le revenu d'invalidité à 24'857 fr., se référant à l'évaluation économique du 22 juillet 2022. Le 28 septembre 2022, l'assurée a confirmé que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % dans le domaine de l'enseignement et/ou des soins thérapeutiques et cours de Shibashi. Elle a précisé que, s'étant séparée en 2018 avec un enfant à charge, elle avait toutes les raisons d'assurer ses revenus par un poste salarié dans les soins ou l'enseignement, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Le 30 septembre 2022, l'assurée a informé l'OAI par courriel qu'elle venait de subir, le 16 août précédent, une chirurgie viscérale. Le même jour, elle a transmis à l'OAI son compte de résultat 2021, sa déclaration d'impôt 2021 et la décision de taxation pour la même année. Dans un projet de décision du 20 octobre 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention d'octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 août 2019 puis une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2019 en raison d'un taux d'invalidité de 50 %. L'OAI a retenu que l'assurée était incapable de travailler depuis le mois de juin 2016 et l'était toujours à l'échéance du délai d'attente d'un an. Toutefois, ayant déposé sa demande le 27 septembre 2018 et le droit à une rente ne prenant naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois depuis le dépôt de ladite demande, les prestations ne pouvaient être allouées qu'à compter du 1^{er} mars 2019. Dès cette date, l'assurée présentait une incapacité totale de travail, dans toutes activités, ce qui ouvrait droit à une rente entière. Depuis le 16 mai 2019, son état de santé s'était amélioré et permettait de travailler à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'activité habituelle de kinésologue pouvait être considérée comme adaptée, notamment en évitant les soins nécessitant des efforts physiques conséquents. Après comparaison du revenu sans invalidité de 49'714 fr. arrêté au moyen des données statistiques de l'ESS, plus particulièrement le revenu réalisé par une femme à 100 % dans le niveau de compétences 2 dans les activités de soins alternatifs à la personne, et du revenu avec invalidité de 24'857 fr. dans l'activité de thérapeute à 50 %, le degré d'invalidité de 50 % ouvrait droit à une demi-rente. En dépit des objections soulevées par K. _____, l'OAI a, le 14 avril 2023, rendu une décision au terme de laquelle l'assurée avait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2023, étant précisé qu'une décision serait rendue prochainement pour la période rétroactive du 1^{er} mars 2019 au 30 avril 2023. Était jointe à cette décision une motivation reprenant les termes du projet de décision. Par acte du 15 mai 2023,

K. _____, représentée par Me Marine Girardin, avocate, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 14 avril 2023, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit accordée depuis le 1^{er} septembre 2019, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. La cause a été enregistrée sous la référence AI 148/23. b) Par décision du 6 juin 2023, l'OAI, par la caisse de compensation AVS, a arrêté le montant de la rente entière du 1^{er} mars au 31 août 2019 et de la demi-rente du 1^{er} septembre 2019 au 30 avril 2023, ainsi que de la rente pour enfant liée à la rente de la mère du 1^{er} mars 2019 au 31 juillet 2020 en faveur de B.D. _____, née en 1996. Par acte du 5 juillet 2023, la recourante a interjeté un recours devant la Cour de céans contre la décision du 6 juin 2023, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit accordée du 1^{er} septembre 2019 au 30 avril 2023. La recourante a réitéré les arguments développés dans son recours du 15 mai 2023. La cause a été enregistrée sous la référence AI 208/23. Le précédent juge instructeur a ordonné la jonction des causes AI 208/23 et 148/23 sous le numéro AI 148/23. c) Le 7 novembre 2023, l'OAI a rendu une décision au terme de laquelle il accordait une rente pour enfant liée à la rente de la mère en faveur de l'enfant A.D. _____ née en 1998 d'un montant de 338 fr. du 1^{er} mars au 31 août 2019 et de 169 fr. du 1^{er} septembre 2019 au 31 janvier 2020. Le 19 décembre 2023, la recourante a interjeté un recours contre cette décision, concluant à l'octroi d'une rente entière pour enfant liée à la rente de la mère, dès lors qu'une rente entière était réclamée pour elle-même et que la rente pour enfant suivait sa propre rente. Cette cause a été enregistrée sous la référence AI 378/23. Le 22 décembre 2023, la recourante a adressé un rapport établi le 23 novembre 2023 par la Dre C. _____, spécialiste en médecine interne générale, et un rapport du 15 décembre 2023 de la Dre A. _____. Les deux praticiennes constataient que la maladie était actuellement active et en poussée. Les traitements médicamenteux avaient été modifiés, le Plaquenil arrêté, un traitement de fond par léflunomide introduit et arrêté, puis une corticothérapie introduite. De l'avis des médecins, la capacité de travail était nulle. Le 29 décembre 2023, le juge instructeur a ordonné la jonction des causes AI 378/23 et 148/23 sous la référence AI 148/23. d) Par arrêt du 12 février 2025 (AI 148/23, AI 208/23 et AI 378/23 – 36/2025), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté les recours formés contre les décisions des 14 avril, 6 juin et 7 novembre 2023. En bref, elle a retenu que l'OAI pouvait se fonder sur les conclusions probantes de l'expertise du Centre d'expertises L. _____ et considérer que K. _____ était totalement incapable de travailler en raison de sa polyarthrite rhumatoïde du 22 juin 2016 au 16 mai 2019, date à laquelle elle avait recouvré une capacité de travail de 50 % (capacité de travail à 100 % avec une diminution de rendement de 50 %) dans une activité adaptée. Partant, la décision de l'OAI reconnaissant à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} mars au 31 août 2019 puis à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2019 devait être confirmée. Aussi, dès lors que la rente pour enfant est versée comme la rente à laquelle elle se rapporte (cf. art. 35 LAI), les décisions de l'OAI des 6 juin et 7 novembre 2023 concernant la rente pour l'enfant B.D. _____, née en 1996, et A.D. _____, née en 1998, devaient également être confirmées. Cet arrêt a fait l'objet d'un recours, actuellement pendant, au Tribunal fédéral. B. Par l'intermédiaire de son conseil, K. _____ a déposé, le 13 février 2023, une demande d'allocation pour impotent. L'assurée a indiqué avoir besoin, depuis le mois de juin 2016, d'une aide pour les actes « se vêtir/se dévêtir » et « faire sa toilette/soins du corps ». Elle nécessitait en outre un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. L'OAI a fait réaliser une enquête à domicile dont il ressort du rapport établi le 22 août

2023 l'absence chez l'assurée d'un besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Elle ne requérait pas non plus de soins permanents, une surveillance personnelle permanente ou un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Par projet de décision du 24 août 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à une allocation pour impotent, au motif que, selon les renseignements en sa possession, une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'était pas nécessaire. En outre, un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvé. Sous la plume de son conseil, K. _____ a présenté des objections à ce projet de décision en date du 28 septembre 2023. L'assurée faisait observer qu'il était contradictoire de retenir dans le rapport d'enquête du 22 août 2023 qu'elle avait « besoin d'aide pour les travaux qui demandent de la force, de rester debout longtemps, qui nécessitent des mouvements répétitifs et du port de charge » et de constater l'impossibilité d'effectuer de nombreuses tâches dans le ménage, puis de laisser vide le tableau récapitulatif en synthèse, respectivement d'y indiquer qu'aucune aide n'était nécessaire pour l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et ce, sans aucune motivation. Au vu des nombreuses tâches qu'elle n'était plus en mesure d'exécuter à teneur du rapport d'enquête du 22 août 2023, l'assurée estimait que le besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie excédait largement deux heures par semaine, ce qui ouvrait droit à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er} février 2022, soit douze mois avant le dépôt de la demande d'allocation pour impotent. Subsidiairement, l'intéressée demandait la reprise de l'instruction, en ce sens que le rapport d'évaluation soit complété et motivé en indiquant le temps d'aide nécessaire pour chaque tâche qu'elle n'était plus en mesure d'effectuer de manière autonome. Par décision du 28 février 2024, l'OAI a entériné son refus de prester. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées. C. a) Par acte du 17 avril 2024, K. _____, toujours représentée par Me Girardin, a recouru devant la Cour de céans contre la décision du 28 février 2024 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er} février 2022, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction médicale, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, elle a requis une audience de débats publics tendant à son audition personnelle ainsi qu'à celle de ses filles A.D. _____ et B.D. _____. Dans un premier grief, l'assurée a reproché à l'OAI d'avoir violé son devoir d'instruction en ne tenant pas compte des constatations effectuées par les Dres C. _____ et A. _____ dans leurs rapports datés respectivement des 23 novembre et 15 décembre 2023. L'autorité administrative avait ainsi fait abstraction de son besoin d'aide pour se vêtir et pour les soins d'hygiène ainsi que de son besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, pourtant justifiés par les constatations médicales des médecins prénommés. Dans un second moyen, l'intéressée s'est plainte d'une constatation erronée des faits. A cet égard, elle s'est employée à exposer en quoi, contrairement à ce qui ressortait du rapport d'enquête à domicile du 22 août 2023, elle avait besoin d'une aide pour se vêtir/se dévêtir et pour les soins corporels ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ; dans ce contexte, elle a relevé avoir besoin d'aide pour la préparation des repas, l'entretien et le lavage du linge, le ménage courant, les grands travaux d'entretien du logement et les activités hors du domicile (loisirs, déplacement). Il fallait dès lors admettre qu'elle nécessitait un besoin d'accompagnement excédant une durée de deux heures hebdomadaires en moyenne, et ce depuis 2016 déjà. Au vu de ces

éléments, elle estimait avoir droit à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er} février 2022, compte tenu de la date du dépôt de la demande d'allocation pour impotent. b) Dans sa réponse du 29 mai 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. En substance, il a expliqué que les constatations des Dres C. _____ et A. _____ avaient été prises en considération, que le rapport d'enquête à domicile du 22 août 2023, avait pleine valeur probante et que la situation de l'assurée ne remplissait pas les critères permettant d'admettre un besoin d'aide pour les actes « se vêtir » et « faire sa toilette », ni un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. c) Par réplique du 3 juillet 2024, l'assurée a maintenu que l'OAI n'avait pas pris en considération les appréciations des Dres C. _____ et A. _____ pour l'évaluation de son impotence. Si tel avait été le cas, il n'aurait pas manqué de requérir des renseignements médicaux complémentaires auprès de ces spécialistes avant de rendre la décision entreprise. Concernant le rapport d'enquête à domicile, l'assurée a fait observer qu'il ne tenait pas compte des indications fournies par son ex-conjoint ainsi que par ses filles A.D. _____ et B.D. _____. A cet égard, elle a produit trois attestations établies par les intéressés, lesquels évaluaient l'aide hebdomadaire apportée, respectivement de 5 à 8 heures, de 5 à 7 heures et de 2 heures. En définitive, l'aide procurée à l'assurée par sa famille représentait une durée moyenne d'au minimum 12 heures hebdomadaires, hors périodes de poussées inflammatoires de la maladie. L'assurée a dès lors renouvelé sa requête d'une audience de débats publics, afin que ses filles A.D. _____ et B.D. _____ ainsi que son ex-époux puissent tous trois se déterminer « devant la Cour de céans, quant au besoin d'aide et d'accompagnement de la recourante au quotidien ». Elle a déclaré confirmer l'intégralité des conclusions prises au pied de son mémoire de recours du 17 avril 2024. d) Dupliquant le 31 juillet 2024, l'OAI a déclaré se rallier à l'analyse effectuée le 23 juillet 2024 par le Dr R. _____, médecin auprès du SMR, selon laquelle il ne disposait pas d'éléments médicaux nouveaux lui permettant de s'écarter de l'évaluation de l'impotence résultant de l'enquête à domicile du 22 août 2023. Aussi l'OAI a-t-il derechef conclu au rejet du recours. e) Par courrier du 5 mars 2025, la juge instructrice désormais en charge du dossier a informé le conseil de l'assurée que, après examen du dossier, il apparaissait, sous réserve d'un avis contraire de la Cour, que la cause était en état d'être jugée, de sorte qu'elle n'estimait pas nécessaire de procéder à l'audition des témoins A.D. _____ et B.D. _____, ni à l'audition personnelle de sa mandante. Un délai au 3 avril 2025 lui était imparti pour se déterminer à ce propos. f) Par écriture du 12 mars 2025, l'assurée, agissant par son conseil, a déclaré retirer sa requête de débats publics, renonçant ainsi à l'audition de ses filles B.D. _____ et A.D. _____ et de son ex-conjoint, ainsi qu'à sa propre audition. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité,

à la suite de la demande déposée le 13 février 2023. 3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi d'une allocation pour impotent, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à cette prestation. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur à compter de cette date. b) En l'occurrence, la demande d'allocation pour impotent a été déposée par la recourante le 13 février 2023. Dans la mesure où cette prestation n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande (art. 48 al. 1 LAI), il convient d'appliquer le nouveau droit, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022. 4. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. b) Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). L'art. 42 al. 3 LAI prévoit qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si l'atteinte à la santé est uniquement psychique, la personne n'est réputée impotente que si elle a droit à une rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42 bis al. 5 est réservé. c) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). 5. a) Les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent, selon la jurisprudence (ATF 133 V 450 consid. 7.2), les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir et se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts. b) De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux moeurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Si une personne assurée ne peut accomplir un acte ordinaire de la vie que d'une manière inhabituelle ou au prix d'un effort déraisonnable, on ne peut pas encore en déduire directement qu'elle a besoin d'aide et donc qu'elle est impotente au sens de l'art. 9 LPGA. Il est bien plutôt nécessaire que la personne assurée puisse accomplir l'acte de la vie en question avec l'aide d'un tiers d'une manière qui, par rapport à l'exercice autonome, corresponde aux usages habituels, respectivement implique moins d'efforts (ATF 150 V 83 consid. 4.3.2). Il n'y a pas d'impotence lorsque l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé (TF 9C_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 5.2.1 et la référence). Il ne

peut y avoir d'impotence en relation avec des actes qui ne doivent pas être assumés quotidiennement (ATF 147 V 35 consid. 9.2.3 ; TF 9C_524/2023 du 20 mars 2024 consid. 6.2). aa) 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 la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 148 V 28 consid. 6.5.1 ; 121 V 88 consid. 3c ; 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TF 8C_314/2022 du 15 décembre 2022 consid. 3.3 et la référence). bb) Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin chaque jour ou pourrait éventuellement (de manière non prévisible) en avoir besoin chaque jour. L'aide est importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie, ou qu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle, ou encore qu'il ne peut l'accomplir sans incitation particulière en raison de son état psychique (ATF 117 V 146 consid. 3b ; TF 8C_533/2019 du 11 décembre 2019 consid. 3.2.3 et les références citées ; TF 9C_560/2017 du 17 octobre 2017 consid. 4.3 ; ch. 2010 à 2014 CSI [Circulaire sur l'impotence]). cc) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. 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 consid. 9). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes présentant un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, lui demandant de réaliser des actions, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 2016 à 2018 CSI). 6. a) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). b) Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3). c) Dans l'éventualité visée par l'art. 38 al. 1 let. a RAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers). Dans l'éventualité visée par l'art. 38 al. 1 let. b RAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les

achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur. Dans l'éventualité visée par l'art. 38 al. 1 let. c RAI, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3). d) La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.6 et les références citées). e) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 2093 CSI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2).

7. a) Conformément au principe général valant pour toute la loi sur l'assurance-invalidité, 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 (RCC 1989 p. 228 consid. 1c et les références citées ; Michel Valterio, Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 7 ad art. 42 pp. 597-598). b) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références). c) L'aide exigible de tiers dans le cadre de la réorganisation 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 dans le cas où la personne assurée fait ménage commun avec son conjoint (sa conjointe) ou un membre de la famille, on ne saurait exiger de cette personne qu'elle assume toutes les tâches ménagères de l'assuré après la survenance de l'impotence si cela ne correspondait pas déjà à la situation antérieure (TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4).

8. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faut 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 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est

déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). c) Une enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de la personne assurée (art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. 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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références ; TF 9C_235/2024 du 30 juillet 2024 consid. 5.2 et les références). 9. a) En l'espèce, la recourante a sollicité, le 13 février 2023, une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité en lien avec une polyarthrite rhumatoïde, seul diagnostic incapacitant retenu par les experts du Centre d'expertises L._____. La Dre S._____ a expliqué que le status actuel objectivait des tuméfactions des articulations métacarpophalangiennes II et III des deux côtés et une manœuvre de Gänslen positive aux mains et aux pieds des deux côtés. La recourante avait mentionné que les arthralgies étaient fluctuantes, tant en survenue qu'en intensité, pouvant toucher diverses articulations, mais quasiment toujours les poignets et les mains des deux côtés. Ces arthralgies augmentaient tant en ce qui concernait les mains et les pieds selon l'activité qu'elle était en train d'effectuer. Les radiographies des mains et des pieds n'avaient pas mis en évidence d'érosion, mais avaient objectivé une rhizarthrose bilatérale. En ce qui concernait les épaules, une périarthrite scapulo-humérale sur tendinopathie ou lésion de la coiffe des rotateurs était certes possible, mais peu probable. L'assurée présentait en outre une composante fibromyalgique, pathologie classique dans les infections inflammatoires. Aussi, les experts du Centre d'expertises L._____ ont-ils, d'un point de vue consensuel, défini les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de position statique assise ou debout prolongée ; pas d'effort physique ; pas de mouvement répétitif des articulations, en particulier des poignets et des mains ; port de charge non itératif limité à 2,5 kg ; pas de travail les membres supérieurs levés en hauteur ; pas de travail en position agenouillée ni accroupie ; pas de déplacement ; pas de travail sur échelle ni escabeau, environnement tempéré ». b) Dans ce contexte, il n'est pas inutile de rappeler que 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 LPGA, d'une part, et 9 LPGA, 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, op. cit., n° 6 ad art. 42 p. 597). c) 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. d) Pour ce qui est du droit à l'allocation pour impotent proprement dit, la recourante a indiqué, dans sa demande du 13 février 2023, avoir un besoin d'aide pour les actes « se vêtir/se dévêtir » et « faire sa toilette » (soins du corps), de même qu'elle nécessitait un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. S'agissant des actes « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », la recourante ne prétend pas avoir besoin de l'aide d'autrui. 10. a) Concernant l'acte « se vêtir/se dévêtir », l'assurée a précisé dans sa demande les éléments suivants : « enfiler chaussettes/collants : 1x/jour ; nouer des lacets : 1-3x/jour ; faire et défaire des boutons : plusieurs fois par semaine ; fermer et ouvrir des fermetures éclair : plusieurs fois par jour, plusieurs jours par semaine ». b) Dans le cadre de l'enquête, l'assurée a indiqué qu'elle pouvait se vêtir de manière autonome, car elle avait adapté sa garde-robe ; elle évitait les petits boutons et avait mis des lacets aux fermetures éclair « afin de pouvoir tirer plus facilement ». Si la recourante a déclaré qu'il était plus compliqué de s'habiller en hiver à cause des douleurs que cela entraînait qu'en été, saison durant laquelle elle portait des vêtements simples et légers, elle n'a toutefois pas prétendu avoir besoin de l'aide d'un tiers pour procéder à ces actes, si bien que l'on ne peut conclure à l'impossibilité pour la recourante à les accomplir. Par ailleurs, on ne saurait qualifier une telle aide de régulière et importante. De manière générale, l'obligation de réduire le dommage implique l'usage de moyens auxiliaires tels qu'un enfile-chaussette ou un chausse-pied – que l'assurée a expressément précisé avoir toujours à sa disposition afin de pouvoir l'utiliser en tout lieu – ou de porter des vêtements appropriés (pas de chemise ou de vêtements serrés, chaussures à velcro, pantalons avec bande élastique), afin de maintenir l'autonomie et donc de diminuer le besoin d'aide. Dans le même sens, il convient de signaler qu'il est exigible de faire usage de chaussures adaptées ainsi que de moyens auxiliaires tels que des lacets élastiques, qui ne doivent être noués qu'une seule fois. c) A cet égard, les éléments communiqués par la Dre C._____ sont convergents avec les observations de l'enquêtrice de l'intimé. En effet, cette médecin a expressément relevé que sa patiente avait dû « développer des stratégies pour l'habillement » (cf. rapport du 23 novembre 2023). Quant à la Dre A._____, elle ne s'est pas prononcée sur ce point dans son rapport du 15 décembre 2023. d) On ne peut en conséquence que se rallier à l'appréciation de l'intimé et exclure toutes restrictions substantielles en lien avec l'accomplissement de l'acte « se vêtir/se dévêtir », la recourante ayant pris les mesures utiles pour préserver son autonomie dans ce cadre. 11. a) Concernant l'acte de « faire sa toilette », l'assurée a précisé dans le cadre de sa demande les éléments suivants : « pédicure : 1x/mois ; manucure : 2x/mois ; application de la crème pour le corps : 2x/semaine ; changer la clé du tube de dentifrice : 1x/mois ; pince à épiler/poils disgracieux : 1x/mois ». b) aa) S'agissant du tube de dentifrice, l'assurée a indiqué dans le cadre de sa demande qu'elle devait changer la clé de son tube de dentifrice une fois par

mois. Cet accessoire permet de presser le contenu des tubes en plastique vers l'extérieur tout en ménageant les articulations des doigts. Le fait de changer cette clé une fois par mois ne saurait être considéré comme une aide régulière et importante. Dans le cadre de l'enquête à domicile, l'assurée a confirmé que son besoin d'aide était limité et consistait à mettre la pince au bout du tube de dentifrice pour bien le terminer. bb) S'agissant des soins pour le corps, l'assurée a mentionné dans sa demande qu'elle appliquait de la crème deux fois par semaine sur le corps ; lors de l'enquête à domicile, elle a spécifié avoir adapté les produits afin de pouvoir les ouvrir de manière autonome. Il sied à cet égard de relever que la recourante peut utiliser un applicateur pour crèmes doté d'un manche allongé permettant d'atteindre toutes les parties du corps, y compris le dos et les jambes. cc) En ce qui concerne l'action de se coiffer, la recourante a indiqué à l'enquêtrice qu'elle était capable de se faire une coupe simple, étant rappelé que, dans le cadre de sa demande, elle avait précisé utiliser une brosse adaptée, soit avec un tube caoutchouc-mousse permettant d'élargir la surface de préhension des poignées, stylos et manches. Dans ce contexte, il convient de souligner qu'il n'y a pas impotence lorsque l'assuré a besoin d'aide pour se coiffer ou se vernir les ongles (TF 9C_562/2016 du 13 janvier 2017). De même, l'aide pour des actes qui ne sont pas quotidiens, comme l'épilation, la coupe des ongles, etc., ne peut pas être prise en compte (cf. ch. 2044 CSI). Au demeurant, on peut retenir comme exigible que la recourante se dote de moyens auxiliaires, tels qu'une brosse longue, voire éventuellement un siège de douche, lui permettant d'exécuter seule l'acte « faire sa toilette ». c) Il convient donc de considérer, à l'instar de l'enquêtrice de l'OAI, que la présence d'un tiers n'est pas indispensable pour assister la recourante dans sa toilette et qu'une éventuelle assistance (notamment manucure, ablation de poils ou changement de clé pour le tube de dentifrice) ne serait de toute façon prodiguée qu'irrégulièrement dans ce contexte. Le fait que, selon la Dre C. _____ (cf. rapport du 23 novembre 2023), l'intéressée ait développé des stratégies pour la toilette, n'y change rien. De son côté, la Dre A. _____ n'a fourni aucune indication à ce sujet dans son rapport du 15 décembre 2023. 12. a) Dans la demande d'allocation pour impotent du 13 février 2023, l'assurée a indiqué, eu égard au besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, un besoin d'aide pour le ménage (nettoyage des sanitaires, lessive et repassage ; nettoyage des vitres ; tri des déchets ; poussière et à-fonds ; nettoyage des placards et du frigo ; aide à la cuisine ; aide aux commissions et port d'objets lourds) ; elle a également signalé un besoin d'aide pour la préparation de certains légumes, le repotage de plantes et le rangement de la cave. La recourante n'a cependant pas fait état d'un besoin d'accompagnement pour établir des contacts sociaux ou pour éviter un risque d'isolement. b) aa) On peut, avec l'intimé, 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. La recourante a du reste elle-même concédé une certaine participation au ménage (rangements, nettoyages légers, participation à l'entretien du linge), de même qu'elle avait simplifié la confection des plats qu'elle se préparait (cf. rapport de la Dre C. _____ du 23 novembre 2023). Il est au demeurant exigible qu'elle planifie et fractionne ses activités, ainsi qu'elle se dote de moyens auxiliaires (balais légers ou petit aspirateur par exemple) et procède à des aménagements de son environnement pour être en mesure de participer aux tâches ménagères de base. Pour le reste, la recourante est autonome pour organiser ses journées et gérer son agenda, tout comme elle est à même de s'occuper de ses tâches administratives et de faire face aux imprévus du quotidien. A cela s'ajoute qu'elle conduit sa voiture automatique sur de courtes distances, à savoir quelques

dizaines de kilomètres. bb) En définitive, la recourante a essentiellement besoin d'aide pour les tâches lourdes (nettoyages approfondis, pliage de grosses pièces de linge, port de charges lourdes), lesquelles demeurent des tâches ponctuelles. Le fractionnement des tâches, l'acquisition de moyens auxiliaires et l'aménagement adapté de l'appartement n'apparaissent ainsi guère contraignants à l'aune de l'obligation de diminuer le dommage.

c) Dans sa demande du 13 février 2023, la recourante a précisé que ses filles lui apportaient de l'aide, soit entre 10 et 15 heures par semaine, A.D. _____ habitant chez elle depuis le mois de juin 2022. Elle n'a pas évoqué l'aide de son ex-époux ni dans sa demande, ni auprès de l'enquêtrice, alors qu'il précise dans sa déclaration du 26 juin 2024 qu'il habite à proximité de chez elle depuis le mois d'août 2021 afin « de pouvoir l'aider plus facilement au quotidien ». Or en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). Il n'y a donc en l'occurrence pas lieu de remettre en cause le rapport d'enquête à domicile sur ce point. d) L'enquête du 22 août 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. On peut relever que le rapport d'enquête du 22 août 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. Or tel n'est pas le cas, les attestations produites et les pièces médicales au dossier, en particulier les rapports des Dres C. _____ et A. _____, ne permettant pas d'apprécier la situation sous un autre angle.

e) Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'office intimé a nié, sur la base du rapport d'évaluation de l'impotence du 22 août 2023, le droit à une allocation pour impotent. 13. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. 14. a) 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. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 28 février 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de K. _____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Marine Girardin, avocate (pour K. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral

des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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