

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mars 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

B._____, à La Tour-de-Peilz, recourante, représentée par Me Valentin
Groslimond, avocat à Vevey,

et

J._____, à Vevey, intimée.

Art. 43^{bis} LAVS ; 66^{bis} RAVS ; 38 al. 1, 87 al. 3 RAI ; 9, 17 LPGA.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 22 mai 1956, a exercé l'activité d'esthéticienne indépendante à Vevey. Elle a été victime d'un accident de la circulation en 1979 et est atteinte depuis lors d'une gonarthrose post-traumatique du genou droit. De ce fait, elle a été opérée d'une ostéotomie tibiale en octobre 1993 puis à nouveau le 27 avril 1994.

Elle souffre par ailleurs de multiples problèmes de santé physiques et psychiques, à savoir notamment d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, d'une fibromyalgie, de cervico-lombalgies sur des épisodes de hernies discales, de problèmes de vue (kératocône bilatéral, myopie élevée et astigmatisme) ainsi que d'un trouble anxieux et dépressif mixte.

Elle a subi, entre autres interventions, une arthroplastie du genou droit en février 2008. A la suite d'une chute sur l'épaule droite le 13 décembre 2008, lors de laquelle une rupture de la coiffe des rotateurs a eu lieu, un toilettage arthroscopique de cette épaule a été réalisée le 8 avril 2009 avec ténotomie du long chef du biceps (ci-après : LCB). L'assurée a encore été opérée pour une greffe de la cornée à l'œil gauche en 2012, en raison du kératocône.

L'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 70% depuis le 1^{er} mars 2001 selon la décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après : l'OAI ou l'intimé] du 12 novembre 2002. Le taux d'invalidité a par la suite été évalué à 100%, selon la communication du 15 juin 2012 de l'OAI.

L'assurée est titulaire d'une rente de l'assurance vieillesse et survivants (AVS) depuis le 1^{er} mai 2020.

B. En date du 3 août 2012, l'assurée a adressé à l'OAI une demande d'allocation pour personnes impotentes, indiquant avoir besoin d'une aide pour se vêtir/se dévêtir (enfiler des collants, enlever les vêtements par la tête, monter et descendre une fermeture éclair), pour les soins corporels (se laver les cheveux) et pour se déplacer à l'extérieur. Elle a indiqué également avoir besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, précisant que depuis le mois de février 2008, son époux, sa fille et le Centre médico-social [...] (ci-après : le CMS) l'aidaient pour la préparation des repas, le ménage, le repassage, les courses, ainsi que pour la gestion de ses affaires administratives.

Le 18 septembre 2012, l'assurée a requis la prise en charge de moyens auxiliaires en lien avec ses limitations visuelles. L'OAI a donné suite à cette demande en lui accordant des lunettes à verres filtrants (cf. communication du 15 octobre 2012).

Dans le cadre de l'instruction de la demande d'allocation pour impotence, une enquête a été réalisée au domicile de l'assurée le 8 janvier 2013. Le rapport d'enquête a retenu que pour l'acte « se vêtir », seule une aide directe pour enfiler certains vêtements était parfois requise. A cet égard, l'enquêtrice a précisé que l'assurée pouvait s'habiller et se déshabiller seule avec des vêtements adaptés. S'agissant des soins corporels, elle a noté que l'assurée pouvait faire sa toilette de manière indépendante, ajoutant toutefois qu'elle devait se laver les cheveux sous la douche, car elle ne pouvait plus le faire dans la baignoire. L'assurée devait par ailleurs se rendre chez le coiffeur pour faire ses colorations. Quant à l'acte « se déplacer », l'assurée pouvait se rendre seule à son travail, mais elle rencontrait des difficultés pour les déplacements effectués hors de Vevey et devait se faire accompagner par une amie ou son mari à ces occasions. L'enquêtrice a encore relevé que l'assurée recevait l'aide d'une femme de ménage à raison de quatre heures par semaine, financée par les prestations complémentaires, qu'elle pouvait préparer son semainier et prendre ses médicaments de manière autonome. Elle bénéficiait par ailleurs de différents moyens auxiliaires

(lunettes, verres de contacts, lampes blanches, loupe portable). L'enquêtrice a enfin fait part d'un besoin d'aide de l'assistante sociale (une fois par semaine, puis tous les 15 jours durant 1h à 1h30).

Par projet de décision du 8 février 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à une allocation pour impotent.

En date du 26 février 2013, l'assurée a contesté ce projet, faisant part du décès de son mari le 24 février 2013, ce qui la privait désormais d'une aide importante. Elle a indiqué ne pas être en mesure d'effectuer seule ses courses, le ménage, la préparation de ses repas et diverses tâches administratives. Elle a en conséquence requis le réexamen de son droit à une allocation pour impotent, pour tenir compte de son récent veuvage.

Un complément d'enquête a été réalisé le 29 octobre 2013 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a constaté son autonomie s'agissant des activités de la vie quotidienne et conclu que la description du besoin d'aide était identique à celui exposé à l'issue de l'enquête du 8 janvier 2013.

Aux termes d'un rapport du 8 novembre 2013, le Dr A. _____, spécialiste en ophtalmologie, a répondu par la négative à la question relative aux conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible pour personne malvoyante, précisant que sa patiente présentait une acuité visuelle à distance corrigée bilatéralement de 0.3 pour l'œil droit et de 0.4 pour l'œil gauche. Le Dr A. _____ a indiqué ultérieurement que sa patiente présentait une diminution de l'acuité visuelle sans toutefois que les valeurs limites ne soient atteintes pour admettre une grave faiblesse de la vue.

Le 12 novembre 2014, l'OAI a rendu une décision niant le droit de l'assurée à une allocation pour impotent.

L'assurée, par son conseil, a recouru le 5 janvier 2015 contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Dans le cadre de cette procédure, elle a produit diverses pièces médicales, dont on cite les suivantes :

- un rapport médical du 28 janvier 2015, établi par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a attesté d'une pathologie de l'épaule gauche survenue au printemps 2014, soit des « omalgies progressivement handicapantes » dues à une « tendinopathie avec la présence d'une tendinose calcifiante de la coiffe des rotateurs, en particulier de larges dépôts calciques intra-tendineux du muscle sus-épineux, associés à une large distension de la bourse sous-acromiale » ;
- un rapport rédigé le 25 août 2015 par le Dr D._____, spécialiste en ophtalmologie et médecin adjoint au sein de l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, lequel a mentionné une acuité visuelle à 0.3 pour l'œil droit et 0.2 pour l'œil gauche ;
- un certificat médical du 4 décembre 2015 du Dr C._____, lequel certifiait que sa patiente devait bénéficier de l'aide du CMS (visite de santé, semainier), d'une assistante sociale (plan administratif), ainsi que d'une ergothérapeute (moyens auxiliaires) ;
- un certificat médical du 7 mai 2015 du Dr C._____, ainsi qu'un rapport médical du 1^{er} juin 2015 rédigé par la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont attesté un « état de dépenses compulsives » chez l'assurée ;
- un rapport non daté, établi par [...], ergothérapeute auprès du CMS, qui a souligné les douleurs importantes de l'assurée au niveau du dos (lombaires), du genou et de l'épaule et préconisé différents moyens pour maintenir son degré d'autonomie (coussin de positionnement pour lit, tablette de lit, chariot avec quatre roues et tringle abaissable).

En parallèle, en date des 30 janvier 2015 et 29 avril 2016, l'assurée, par son avocat, a déposé de nouveaux formulaires de demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI en vue de préserver ses droits postérieurement à la décision du 12 novembre 2014. La procédure administrative a été suspendue dans l'attente d'un arrêt statuant sur le recours précité.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu son arrêt le 8 juin 2016 (cause AI 4/15 - 143/2016). Elle a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 12 novembre 2014. La cour a retenu l'absence d'impotence pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. En particulier, l'assurée n'avait pas besoin d'une aide régulière et importante pour les actes « se vêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer et entretenir des contacts sociaux ». S'agissant de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il a été retenu qu'une aide pouvait être requise épisodiquement, sans toutefois que l'assistance n'atteigne au moins deux heures par semaine, ce qui excluait la reconnaissance d'une impotence pour ce motif. En dépit de l'atteinte oculaire, la cour a observé que l'assurée était dotée d'une acuité visuelle dépassant les limites déterminantes, au surplus avec un champ visuel de 30° à partir du centre. L'assurée ne pouvait donc pas non plus prétendre une allocation pour impotent à ce titre. Cet arrêt est entré en force.

C. L'OAI a repris l'instruction, à partir du 8 février 2017, des demandes d'allocations pour impotents des 30 janvier 2015 et 29 avril 2016 susmentionnées.

A la requête de l'OAI, l'assurée lui a fait parvenir, le 24 avril 2017, un questionnaire complémentaire à la demande d'allocation pour impotent dans lequel elle a indiqué n'avoir pas besoin d'aide directe ou indirecte pour effectuer les actes ordinaires de la vie, malgré des douleurs importantes. Elle a en revanche indiqué qu'elle avait besoin d'aide pour la réalisation d'un semainier et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis le mois d'août 2012, en particulier pour effectuer les achats, les loisirs et pour gérer ses affaires administratives

(avec les assurances). A ce dernier égard elle bénéficiait régulièrement de l'aide d'une assistante sociale du CMS. Elle avait également besoin d'un accompagnement afin de pouvoir vivre chez elle, soit pour structurer sa journée, faire face aux situations de tous les jours et tenir son ménage ainsi que d'un accompagnement pour éviter un isolement. Elle était en revanche capable d'établir des contacts sociaux en dehors de son lieu de vie. L'aide était apportée, outre par l'assistante sociale du CMS, par sa fille et une amie. Les rapports médicaux suivants ont été produits dans le cadre de l'instructions de la demande :

- Un rapport du 31 mars 2017 du Dr A._____, indiquant que l'assurée ne remplissait pas les conditions fixées par la CIIAI pour l'octroi d'une allocation d'impotence de degré faible pour personne malvoyante, que, depuis novembre 2016 son degré d'acuité visuelle était de 0,6 p à l'œil droit et de 0,7 p à l'œil gauche et qu'elle ne présentait pas de limitation significative du champ visuel.
- Un courrier du 3 avril 2017 de la Dresse G._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, indiquant à l'OAI qu'elle était dans l'incapacité de répondre au questionnaire de l'AI n'ayant examiné cette patiente qu'à deux reprises en février 2017. Ce médecin a toutefois fourni un rapport médical qu'elle avait adressé le 28 février 2017 au Dr C._____ dans lequel elle a indiqué les diagnostics suivants :
 - o Rhizarthrose gauche ;
 - o Douleur de l'épaule droite dans le cadre d'un status après rupture de la coiffe des rotateurs (status après ténotomie du long chef du biceps par voie arthroscopique de l'épaule droite [2009]) ;
 - o Cervico-lombalgies persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs sévères avec dysbalances musculaires ;
 - o Syndrome du tunnel carpien gauche irritatif ;
 - o Fibromyalgie ;
 - o Status après arthroplastie du genou gauche (2016) et droite (février 2008) ;
 - o Status après ostéotomie tibiale droite pour gonarthrose post-traumatique (1993) ;
 - o Trouble dépressif ;
 - o Hypertension artérielle traitée ;
 - o Syndrome d'apnée du sommeil positionnel (ci-après : SAOS) de degré sévère (diagnostic 2013) ;
 - o Status après greffe de cornée de l'œil gauche pour kératocône (juin 2012).

Au titre de l'anamnèse, la Dresse G. _____ a indiqué ce qui suit :

ANAMNESE :

J'ai examiné Mme REHO à deux reprises en 2008, puis en septembre 2009.

Mme REHO commence par évoquer longuement ses soucis assécurologiques. Rappelons qu'elle a été victime d'une chute le 13 décembre 2008, date du décès de son père, devant la morgue. Elle a chuté sur le côté D, ce qui a eu pour conséquence une contusion directe de l'épaule D qui a motivé des investigations. Le Dr STALDER, orthopédiste, avait retenu le diagnostic de conflit sous-acromial sur déchirure du sus-épineux, partielle du sous-épineux et tendinopathie du LCB. Il a réalisé une arthroscopie en juin 2009 avec ténotomie du LCB et toilette arthroscopique, tout en relevant que la

coiffe des rotateurs n'a pu être réparée. Depuis lors, cette épaule est restée douloureuse, et la patiente tente d'obtenir l'octroi de prestations pour des séquelles post-traumatiques. Elle vient de réaliser une expertise chez le Dr CHEVALLEY, orthopédiste au CHUV. Elle évoque également ses problèmes ophtalmologiques, tout en rappelant qu'elle est suivie depuis de nombreuses années, pour un kératocône qui a nécessité une greffe de cornée à G en juin 2012. Une opération de cataracte de l'œil G a été réalisée récemment en octobre 2016.

Elle a perdu son mari le 23 février 2013 d'un cancer pulmonaire, et elle est encore aujourd'hui très émue en évoquant ce décès. Elle est suivie par Mme le Dr KAUFMANN psychiatre, depuis 18 mois, qui la soutient. Elle est traitée par Cymbalta 60 mg 1 cp le matin et Trittico 100 mg : 1/4 de cp le soir.

Elle précise d'emblée qu'elle a mal partout, avec en particulier des douleurs de la base du pouce G évoluant depuis environ 1 an, et qui s'accompagnent de douleurs du poignet, d'horaire mécanique, avec une préhension douloureuse et qui nécessite le recours à des AINS.

Elle souffre de douleurs de l'épaule D, localisées à tout le moignon de l'épaule et qui irradient dans le bras et parfois jusqu'aux doigts, l'épaule D étant limitée. Les douleurs sont permanentes, et occasionnent des réveils chaque nuit. Un bilan radiographique a été réalisé au CHUV en 08.2016. Elle souffre également de douleurs de l'épaule G, mais moins importantes que du côté D, assez diffuses également, d'horaire plutôt mécanique, qui ne s'accompagnent pas d'une limitation fonctionnelle. Le rachis cervical est douloureux, avec des douleurs latéralisées surtout à D, diffuses, irradiant dans la région scapulaire ddc. Elle décrit des paresthésies dans les doigts et en particulier dans le majeur à D, le matin au réveil.

Elle souffre de lombalgies persistantes, de localisation lombo-sacrée médiane, s'exacerbant lorsqu'elle se relève d'une position assise prolongée, avec une raideur matinale, sans sciatgie. Elle ressent des douleurs de la face externe du bassin à D, sans sciatgie. Le genou D est parfois douloureux, alors que le G est indolore, la patiente étant très satisfaite de l'arthroplastie. Il y a un mois, apparition de douleurs en regard du compartiment interne du genou G, qui a motivé une infiltration par le Dr MEYSTRE il y a une semaine.

Dans l'appréciation du cas, la Dresse G. _____ a exposé ce qui suit :

APPRECIATION :

Madame REHO souffre d'une polyarthrose avec une atteinte axiale et périphérique. Elle souffre actuellement avant tout d'une rhizarthrose G, ainsi que de douleurs de l'épaule D persistantes dans le cadre d'un status après rupture de coiffe des rotateurs, diagnostiquée en 2009. Le Dr STALDER qui l'a opérée en juin 2009 a réalisé une ténotomie du LCB, avec une toilette arthroscopique, tout en relevant que la coiffe n'était pas réparable. Le bilan radiographique réalisé en août 2016 a démontré des altérations dégénératives acromio-humérales, correspondantes à une arthrose secondaire à une rupture de coiffe (cuff tear arthropathy). Lorsque la symptomatologie douloureuse sera trop invalidante, une intervention avec implantation d'une prothèse inversée devra être discutée.

Quant aux douleurs rachidiennes, elles s'inscrivent dans un contexte de troubles dégénératifs sévères. Les clichés de colonne cervicale réalisés en août 2016 ont démontré des altérations dégénératives majeures avec des discarthroses étagées de C3 à C6 s'accompagnant d'une uncarthrose bilatérale C5-C6-C7 avec une arthrose postérieure étagée également. Il serait utile de réaliser de nouveaux clichés de colonne lombaire, de face et de profil. En 2008, une IRM lombaire avait déjà démontré des discopathies pluriétagées, et sévères.

Relevons actuellement l'absence de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire tant au plan cervical que lombaire.

Les acroparesthésies de la main G relèvent d'un syndrome du tunnel carpien irritatif, pour lesquels je recommande le port d'une attelle de repos nocturne pour le poignet. En l'absence d'amélioration, une évaluation neurologique devra être réalisée afin de préciser l'indication à une sanction chirurgicale.

La rhizarthrose G pourra également bénéficier d'une attelle de repos nocturne, ainsi que d'un traitement par infiltration intra-articulaire.

Je retiens enfin le diagnostic de fibromyalgie, au vu de la présence de douleurs à la palpation de tous les points de la fibromyalgie.

Madame REHO a perdu 10 cm de taille au fil du temps. Une densitométrie osseuse devrait être réalisée afin de s'assurer de l'absence d'ostéoporose.

Des traitements de physiothérapie réguliers doivent être proposés en ambulatoire. Une prise en charge en milieu thermal (Lavey-les-Bains, Loèche-les-Bains), serait certainement bénéfique une fois/année. Et sur le plan médicamenteux, je recommanderai un traitement de chondroïtine sulfate pour une durée de 6 mois au moins, traitement à renouveler ensuite en fonction de l'évolution.

- Le Dr C._____ a également complété un rapport à l'intention de l'OAI le 6 avril 2017 duquel il ressort que l'intéressée avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de deux heures par semaine en raison de ses atteintes à la santé (arthrose polytopique, lésion chronique de la coiffe des rotateurs à droite, kératocône sévère opéré, asthme et SAOS).
- Le Dr H._____ , spécialiste en pneumologie, a produit son rapport à l'OAI le 14 avril 2017, mettant en exergue les diagnostics suivants :
 - o asthme contrôlé (dès 2014) ;
 - o exacerbation de l'asthme (mai 2015, mars 2016 et janvier 2017) ;
 - o hyperventilation (dès 2014) ;
 - o syndrome d'apnées obstructives du sommeil appareil par CPAP [réf. : continuous positive airway pressure] (dès 2014) ;
 - o pression artérielle d'oxygène à la limite inférieure de la norme (dès 2014).

Ce médecin a précisé que les diagnostics pneumologiques n'entraînaient pas de limitations.

- La Dresse Muriel E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a également indiqué que l'assurée avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de deux heures par semaine, en raisons des diagnostics somatiques, ajoutant qu'elle présentait une fragilité psychique, était souvent épuisée psychiquement et que sa thymie était influencée par l'épuisement physique.

Dans un avis du 12 juin 2017, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), sous la plume de la Dresse [...], a conclu, après analyse des rapports médicaux susmentionnés, à l'absence d'une aggravation depuis la dernière décision qui justifierait un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le SMR a précisé ce qui suit :

« [...] Dans l'axe rhumatologique : nous disposons du rapport de la Dresse C._____, rhumatologue, du 28.02.2017 qui annonce comme diagnostic nouveau une rhizarthrose gauche et un syndrome du tunnel carpien gauche dont le traitement au moment de la consultation est conservateur avec attelle de repos nocturne. Ces atteintes ne justifient à première vue aucune aide pour les actes ordinaires de la vie.

Dans l'axe ophtalmologique : rapport du Dr A._____ du 29.12.2016 qui annonce une nette amélioration de l'acuité visuelle à gauche suite à une greffe de la cornée en octobre 2016 et une situation stable à l'œil droit (acuité visuelle OD : 0.6 corrigé OG : 0.8 corrigé).

Dans l'axe pneumologique : l'assurée est suivie par le Dr H._____ , pneumologue, qui ne retient pas de limitation dans l'axe pneumologique, chez une patiente dont l'asthme est bien contrôlé et sous CPAP pour un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (rapport médical du 14.04.2017).

Dans l'axe psychiatrique : la Dresse E._____ (rapport médical du 08.05.2017) annonce une fragilité psychique, fait connu dans le rapport [...] du 29.01.2013. Les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse E._____ sont uniquement d'ordre somatique, aucune limitation psychique n'est donnée.

Conclusions : *l'analyse des différents rapports médicaux ne me permet pas d'objectiver une aggravation depuis la dernière décision qui justifierait actuellement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ».*

L'OAI a établi un projet de décision le 3 juillet 2017 dans lequel il indiquait à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser l'octroi d'une

allocation pour impotent et lui octroyait un délai de 30 jours pour faire valoir ses objections.

Par décision du 25 septembre 2017, l'OAI a refusé d'allouer une allocation pour impotent à l'assurée au motif qu'elle n'était pas tributaire de l'aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et que les nouveaux rapports médicaux produits ne permettaient pas d'objectiver une aggravation depuis la dernière décision pouvant désormais justifier un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Le 26 septembre 2017, l'assurée a fait parvenir à l'OAI un nouveau rapport du Dr C._____, daté du 20 septembre 2017, lequel indiquait que l'état de santé de cette dernière s'était aggravé depuis le 12 novembre 2014, celle-ci ayant développé « des douleurs touchant le membre supérieur gauche avec en particulier des douleurs de l'épaule, de la région épicondylienne et du poignet gauche », ainsi que des « douleurs de la face radiale de l'index droit et de la face dorsale de l'articulation inter-phalangienne proximale des 3^{ème} et 5^{ème} doigt avec blocage itératif ». Il exposait que l'ensemble de ces éléments entraînait des diminutions fonctionnelles avec des répercussions sur les activités de la vie quotidienne.

Par avis du 26 octobre 2017, la Dresse [...] du SMR a relevé que les douleurs de l'épaule gauche étaient déjà décrites depuis 2014 (rapport médical du Dr C._____ de janvier et juillet 2015) sans que ne soient indiquées des limitations fonctionnelles précises ni un besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, que celles du poignet gauche pouvaient être améliorées par le port d'une attelle la nuit comme l'avait indiqué la Dresse G._____ et que les atteintes aux doigts de la main gauche en raison de la polyarthrose ne justifiaient pas à elles seules un besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne. Le SMR concluait que ce nouveau rapport du Dr C._____ n'apportait pas d'élément susceptible de modifier son précédent avis.

L'assurée, avec l'assistance de son avocat, a recouru contre la décision de l'OAI du 25 septembre 2017, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une allocation pour impotent et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. L'assurée a critiqué les constatations retenues dans l'enquête du 8 janvier 2013, complétée le 29 octobre 2013, invoquant que son besoin d'aide était beaucoup plus important que celui retenu dans le rapport d'enquête, à savoir pas uniquement pour se vêtir, mais aussi pour faire les courses, les repas et d'autres tâches comme la lessive, ainsi que pour toutes les questions administratives. Elle a également fait valoir que les aggravations récentes n'avaient pas été prises en compte.

Parallèlement, le 30 octobre 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent « par sécurité et pour l'hypothèse où l'OAI venait à prétendre [...] que certains éléments pertinents seraient postérieurs à [la] dernière décision ». A la suite de la demande de l'avocat, l'instruction de cette demande a été suspendue jusqu'au jugement du Tribunal cantonal (courrier du 17 novembre 2017 de l'OAI).

Dans sa réponse du 27 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant aux avis du SMR et en rappelant que bon nombre d'arguments soulevés par la recourante avaient fait l'objet de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 8 juin 2016.

Par pli du 4 juin 2018, l'assuré a produit un rapport du Dr C._____ du 11 mai 2018 faisant suite à des bilans radiologique et sanguin, lequel a indiqué ce qui suit :

« [...Le bilan radiologique] montre une raideur lombaire et de très importants troubles dégénératifs disco-articulaires avec pratiquement disparition complète des disques entre les vertèbres L2-L3 et L3-L4. Il existe également une scoliose à convexité droite centrée sur L3. Au niveau de la main gauche, on trouve une arthrose radio-carpienne très marquée, ainsi qu'une arthrose du poignet, en particulier une rhizarthrose avancée. Il n'y a pas d'érosion ni de nouvelles lésions par rapport au dernier bilan radiologique. Il s'agit donc d'une poussée

congestive des troubles arthrosiques dont souffre Mme B._____. Une adaptation du traitement antalgique était nécessaire.

Sur le plan biologique, on retrouve uniquement deux éléments pathologiques : une dyslipidémie dans un contexte de risque cardiovasculaire global faible ne nécessitant pas de traitement médicamenteux, ainsi qu'une hypovitaminose D substituée. [...] ».

Dans son arrêt du 14 août 2018 (cause AI 343/17 – 236/2018), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours en se référant à l'avis SMR du 12 juin 2017 dont il ressortait que les pièces médicales produites en procédure administrative ne mettaient pas en évidence d'aggravation de l'état de santé (en substance il était retenu que les troubles pulmonaires étaient maîtrisés, que l'acuité visuelle était améliorée par rapport aux précédents constats notamment suite à l'intervention d'octobre 2016 et qu'il n'y avait pas de pathologie psychiatrique nouvelle), étant précisé que la principale modification de l'état de santé concernait la rhizarthrose et le syndrome du tunnel carpien irritatif à la main gauche, mais que ces atteintes n'avaient pas de répercussions majeures sur la capacité de la recourante à accomplir les actes ordinaires de la vie, vu ses réponses au questionnaire de l'OAI du 24 mars 2017. Il n'y avait pas non plus de motif pour considérer que ces nouvelles atteintes justifiaient davantage d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. La Cour ajoutait que les éléments apportés par le CMS, à savoir l'assistance pour les courses, les loisirs, les contacts extérieurs pour permettre à l'assurée de vivre chez elle et éviter une tendance à l'isolement correspondaient à ce qui avait été retenu à l'issue des enquêtes à son domicile des 8 janvier et 29 octobre 2013. Il était rappelé que la recourante avait elle-même indiqué avoir besoin d'assistance depuis août 2012 sans faire état d'un quelconque changement postérieur à la décision du 12 novembre 2014. Enfin, le rapport du Dr C._____ du 11 mai 2018 indiquait une situation stable par rapport au dernier bilan radiologique et les autres diagnostics – à savoir une dyslipidémie ne nécessitant pas de traitement et une hypovitaminose D substituée – étaient à l'évidence de faible gravité.

D. Dans un projet de décision du 27 septembre 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait refuser d'entrer en matière sur la demande d'allocation pour impotent du 30 octobre 2017.

L'assurée, par son avocat, a indiqué à l'OAI qu'elle retirait purement et simplement ladite demande, dans un courrier du 2 novembre 2018.

E. Le 24 juin 2020, B._____ a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, en faisant état des atteintes suivantes, précisant que celles-ci étaient apparues entre 2008 et 2013 :

- douleurs musculaires, osseuses, des articulations et des tendons. Atteinte de l'épaule droite et des genoux en particulier ;
- fatigue physique et psychique, troubles de la concentration ;
- cervico-lombalgies, polyarthrose ;
- maladie dégénérative des yeux ;
- maladie pulmonaire.

Elle a précisé avoir besoin d'aide pour la réalisation d'un semainier depuis le mois de février 2015, laquelle était apportée par le CMS, ainsi que, depuis août 2012, d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (pour achats, loisirs, gestion des affaires administratives), d'aide pour continuer à vivre de manière indépendante (pour structurer sa journée, gestion des imprévus, tenue du ménage) et de la présence d'un tiers pour éviter l'isolement (besoin de stimulation d'autres personnes pour l'encourager à être active) précisant que cette aide était apportée par sa fille à raison de 10 heures par semaine. Elle a indiqué n'avoir en revanche pas besoin d'aide pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se vêtir/se dévêtir, manger, etc.), ni pour établir des contacts sociaux hors de son lieu de vie.

Dans un courrier du 24 juin 2020, l'OAI a répondu à l'assurée que s'agissant d'une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LAI, il lui appartenait de rendre plausible que l'impotence s'était modifiée de manière à influencer ses droits et lui octroyait par conséquent un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé à cet égard.

Le Dr C._____ a dès lors fait parvenir à l'OAI un nouveau rapport médical du 12 juillet 2020, faisant pour l'essentiel état des diagnostics suivants :

- Etat anxio-dépressif mixte, en partie réactionnel ;
- Syndrome des apnées du sommeil positionnel de degré sévère (IAH 41.7 en position dorsale) actuellement pris en charge de façon efficace par orthèse d'avancement mandibulaire, ronchopathie sévère,
- Asthme bronchique contrôlé avec exacerbations anti-infectieuses en 2019, 2018, 2016 et 2015 ;
- Greffe cornéenne OG (6.2012),
- Pseudophakie OG,
- Kératocône OD,
- Début de cataracte OD ;
- Reflux gastro-oesophagien et dyspepsie haute sur prise d'AINS,
- Diverticulose colique légère (OGD 2019) ;
- Fibromyalgie,
- Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs D :
 - o Chute directe sur l'épaule D le 13 décembre 2008
 - o Rupture de la coiffe des rotateurs D (cuff tear arthropathy)
 - o Toilettage arthroscopique et ténotomie du LCB le 12 juin 2009
- Omalgies G sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs,
- Cervico-lombalgies persistantes sur troubles dégénératifs sévères et dysbalances musculaires,
- Rhizarthrose G,
- Syndrome du tunnel carpien irritatif du poignet G.

Le Dr C._____ a évalué la situation de la manière suivante :

« Mme B._____ souffre en premier lieu de douleurs de l'épaule droite, localisées au moignon de l'épaule, irradiant dans le bras et parfois jusque dans les doigts. Elles sont permanentes, insomniantes, accompagnées d'une limitation fonctionnelle. La distance pouce C7 est diminuée à 40 cm à droite alors qu'elle se situe à 20 cm à gauche. La palpation de l'épaule droite révèle de douleurs sous-acromiales bilatérales, plus marquées à droite. À droite l'antéflexion est limitée à

90°, l'abduction à 80°. Le test de Jobe douloureux est lâché, à peine réalisable. Le palm-up test est très douloureux et également lâché. Le lift-off test n'est pas tenu. L'épaule gauche est libre et douloureuse à la mobilisation dans tous les plans.

Il y a donc une très nette aggravation des douleurs de l'épaule droite concordante avec une aggravation des limitations fonctionnelles depuis deux ans. L'épaule gauche n'était pas douloureuse lors de l'évaluation de 2016- 2017 et l'est devenue depuis une année.

L'examen des membres supérieurs montre des douleurs à la palpation des épicondyles des deux côtés, sans limitation fonctionnelle des coudes. Il existe des douleurs à la palpation de la tabatière anatomique de manière bilatérale (rhizarthrose connue) ainsi que des nodules d'Heberden des deux côtés. Les clichés radiologiques à disposition montrent une aggravation de la rhizarthrose depuis 2016. Les douleurs du poignet gauche ont également augmenté très nettement depuis 2018 avec radiologiquement une arthrose radio-carpienne G très marquée (radiographie du poignet du 24 avril 2018). Il n'y a pas de déficit sensitivomoteur dans les territoires du nerf médian, mais le test de Phalen et de Tinel est positif des deux côtés. Il existe des difficultés à la préhension fine et au port de charges en raison des douleurs des membres supérieurs. Il y a donc une très nette aggravation de l'arthrose et des douleurs, en particulier au niveau du poignet et de la main gauche, entraînant des difficultés fonctionnelles, notamment dans le port de charges et la préhension fine ainsi que dans les activités de la vie quotidienne depuis 2017-2018.

Aux membres inférieurs les hanches sont libres, les cicatrices après prothèse totale de genou sont calmes. Flexion de genou à plus de 90° des deux côtés. Absence d'épanchement articulaire. Douleurs non spécifiques de la jambe D. Hallux rigidus modéré bilatéral. Par rapport à la situation antérieure de 2017, apparition puis accentuation de lombo-sciatalgies de topographie L5 gauche non déficitaires, limitant les mouvements du tronc et le périmètre de marche, avec répercussion sur les AVQ. Il y a donc aggravation de la situation au membre inférieur depuis 2017 avec une répercussion fonctionnelle persistante.

Au niveau du rachis on retrouve des éléments déjà connus, à savoir des troubles statiques avec bascule du bassin à droite de 2 cm, une discrète scoliose avec ébauche de gibbosité paralombaire droite. On retrouve d'importantes tendomyoses de la région scapulaire, interscapulaire, ainsi que dorsale et lombaire. Pratiquement tous les groupes musculaires sont douloureux à la palpation. La mobilité du rachis cervical et lombaire est diffusément limitée.

Mme B. _____ souffre de fatigue chronique. Même si le contrôle de son SAOS est satisfaisant avec la prothèse d'avancement mandibulaire (claustrophobie sous CPAP), le contrôle des apnées du sommeil n'est pas parfait sous ce traitement, il existe de fréquentes exacerbations de son asthme, avec un caractère nocturne, et les douleurs d'origine musculo-squelettique ont un effet insomniant marqué. Il existe donc une fatigue diurne constante, accompagnée de troubles de la concentration qui se sont aggravés depuis 2018.

A cela s'ajoute un trouble thymique nécessitant un suivi régulier par un psychiatre, soutenu par une médication psychotrope (antidépresseur et anxiolyse). Elle présente tous les critères d'une dépression modérée, en partie réactionnelle aux difficultés engendrées par ses problèmes musculo-squelettiques et la non-reconnaissance de sa souffrance sur le

plan asséculoologique. Elle souffre d'une anhédonie marquée, d'une aboulie, d'une vision pessimiste de sa personne et de l'avenir. Elle évoque régulièrement des idées de mort. Les troubles mnésiques sont plus marqués depuis deux ans, elle a peu de contacts sociaux. Elle souffre d'avoir dû arrêter prématurément son activité professionnelle et de ne pas pouvoir assumer de nombreuses tâches de la vie quotidienne. Elle est limitée dans son périmètre de marche et n'a que peu de sorties. Ce tableau s'est nettement aggravé depuis 2018.

Sur le plan ophtalmologique, si la situation ne s'est pas aggravée par rapport à son kératocône, elle n'a en revanche pas évolué favorablement, avec la nécessité non seulement de porter des lunettes de lecture, mais également pour la vision lointaine. Elle souffre toujours d'une vision très limitée, handicapante, avec souvent des problèmes d'irritation de cornée à l'origine de douleurs intenses. Il y a donc fonctionnellement une aggravation de la situation sur le plan ophtalmologique depuis 2018.

Conclusions :

Il ne fait aucun doute que la situation s'est peu majorée sur le plan médical, en particulier sur le plan musculosquelettique, ophtalmologie, thymique et respiratoire. Le pronostic est défavorable avec une détérioration croissante de la capacité fonctionnelle globale. Le degré de dépendance a fortement augmenté depuis 2018.

Madame B. _____ nécessite une aide pour le ménage quatre fois par semaine, ne peut plus faire ses achats seule, elle se fait livrer ses commissions ou se rend dans les différents commerces avec un membre de sa famille. Sa fille lui confectionne et lui apporte tous les jours le repas du soir. Elle transporte la patiente en voiture lors de ses différents rendez-vous hors de son domicile. Madame B. _____ ne peut en effet plus prendre seule les transports publics. Un membre de la famille ou une amie proche se relaient pour aider la patiente dans de nombreuses activités de la vie quotidienne, par exemple pour effectuer le repassage, certaines tâches ménagères, ouvrir des bouteilles ou d'autres récipients, porter des casseroles ou des objets de plus de 2 kg. Elle a besoin d'aide pour saisir des objets dans des armoires et elle choisit ses vêtements de manière à ne pas être gênée pour fermer les boutons par exemple. Elle ne peut plus porter ses courses seule.

En conclusion il existe une très nette aggravation de l'état de santé de la patiente depuis 2017 avec un impact fonctionnel significatif. Mme B. _____ nécessite l'aide régulière et importante de plusieurs tiers pour accomplir de nombreux actes ordinaires de la vie. Il ne fait aucun doute qu'elle nécessite et remplit les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent ».

Par décision du 7 août 2020, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la précédente décision du 25 septembre 2017.

L'assurée s'est opposée à cette décision par acte de son avocat du 29 septembre 2020, en concluant à l'octroi d'une allocation pour impotence grave dès le 22 juin 2020, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et plus subsidiairement d'un examen médical auprès du SMR. Elle a pris appui sur le rapport médical du Dr C._____, arguant que celui-ci rendait vraisemblable que les conditions de fait s'étaient aggravées ou à tout le moins justifiaient la mise en œuvre d'un complément d'instruction en cas de doute au sujet des éléments rapportés dans ce rapport.

La CCVD a confirmé son point de vue dans sa décision sur opposition du 22 décembre 2020.

F. Par acte du 1^{er} février 2021, B._____, par l'intermédiaire de son avocat, a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une allocation pour impotence grave dès le 22 juin 2020, respectivement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle fait valoir que sa situation a gravement empiré depuis 2017, sur la base du rapport médical du Dr C._____ du 12 juillet 2020 et critique le fait que l'OAI n'a ordonné ni examen médical ni expertise pluridisciplinaire. Elle demande que l'instruction soit complétée par le tribunal, par la mise en œuvre d'une nouvelle enquête à son domicile, par le biais d'un examen clinique effectué par un médecin de l'OAI et par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle demande également que la production des dossiers médicaux en possession du Dr C._____ soit ordonnée et que ce dernier soit entendu comme témoin.

Dans sa réponse du 1^{er} mars 2021, la CCVD conclut au rejet du recours, se ralliant à l'avis de l'OAI du 25 février 2021 qu'elle produit, lequel indique que le rapport du Dr C._____ a été transmis au SMR et que ce dernier a conclu à l'absence d'élément médical rendant plausible une aggravation de la situation.

Dans ses déterminations du 12 avril 2021, l'assurée a produit des rapports médicaux du Dr A. _____ du 4 mars 2021 et du Dr [...] des 3 et 16 février 2021, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur qui attestent selon elle d'un état de santé déplorable qui se détériore. Elle demande encore que le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, soit désigné comme expert dans le cadre de l'expertise à réaliser.

E n d r o i t :

1. Déposé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'années (cf. art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales ; RS 830.1]) auprès du tribunal compétent, le recours est recevable à la forme (cf. art. 79 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

2. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent.

On précisera que la conclusion principale de la recourante visant la réforme de la décision en ce sens qu'une allocation pour impotent lui soit allouée est irrecevable, dès lors qu'en cas de refus de la caisse de compensation AVS d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le tribunal doit se borner à examiner si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et cf. ci-dessous).

3. a) En vertu de l'art. 43^{bis} LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de

prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui présentent une impotence (art. 9 LPGA) grave, moyenne ou faible (al. 1). Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt lorsque l'assuré a présenté une impotence grave, moyenne ou faible durant un an au moins sans interruption. Il s'éteint au terme du mois durant lequel les conditions énoncées à l'al. 1 ne sont plus remplies (al. 2). L'allocation mensuelle pour impotence grave s'élève à 80 %, celle pour impotence moyenne à 50 % et celle pour impotence faible à 20 % du montant minimal de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34, al. 5 LAVS (al. 3). La LAI s'applique par analogie à l'évaluation de l'impotence. Il incombe aux offices de l'assurance-invalidité de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation. Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires (al. 5).

L'art. 66^{bis} al. 1 RAVS (règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101) précise que l'art. 37, al. 1, 2, let. a et b, et 3, let. a à d RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) est applicable par analogie à l'évaluation de l'impotence. Les art. 87 à 88^{bis} RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) sont quant à eux applicables par analogie à la révision de l'allocation pour impotent (art. 66^{bis} al. 2 RAVS).

b) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). L'art. 42 al. 3 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) 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 une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42^{bis} al. 5 est réservé.

L'art. 37 RAI précise ce qui suit s'agissant de l'évaluation de l'impotence :

« 1 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.

2 L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ;*
- b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente, ou*
- c. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.*

3 L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ;*
- b. d'une surveillance personnelle permanente ;*
- c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré ;*
- d. 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, ou*
- e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 ».*

Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres

2020 et suivants de la Circulaire sur l'impotence (CSI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]), 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.

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 mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées).

La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C_688/2014 du 1er juin 2015 consid. 3.6 et les références citées).

c) En vertu de l'art. 87 al. 3 RAI lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Précisons encore qu'à 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 décision initiale 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). Par dernier examen matériel du droit aux prestations, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

D'après la jurisprudence, l'exigence ancrée à l'art. 87 al. 2 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_75/2021 du 15 novembre 2021 consid. 2.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_576/2021 du 2 février 2022 consid. 3.2). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999, RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner

la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_576/2021 précité consid. 3.2).

Dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 ; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, respectivement évaluer l'impotence, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde notamment sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler, respectivement a besoin d'aide pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne ou faire face aux nécessités de la vie (cf. ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

4. En l'occurrence, il convient donc d'examiner si, sur la base des documents médicaux produits par l'assurée en procédure administrative, celle-ci a rendu plausible une aggravation de son état de santé qui aurait justifié que la CCVD entre en matière sur sa nouvelle demande d'allocation pour personne impotente du 24 juin 2020.

Il faut d'emblée préciser que les requêtes de la recourante tendant à ce que le tribunal complète lui-même l'instruction (mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire notamment) doivent être rejetées vu que, comme rappelé ci-dessus, le pouvoir d'examen du tribunal se limite à examiner si une aggravation de la situation est plausible, uniquement sur la base des documents produits par l'assurée auprès de la CCVD (cf. supra consid. 3c). Pour le même motif, les nouveaux rapports médicaux qu'elle a produits à l'appui de son recours ne peuvent pas être pris en considération.

Dans sa nouvelle demande d'allocation pour personne impotente, l'assurée a fait état d'une aggravation de son état de santé, en se référant au rapport médical du Dr C. _____ du 12 juillet 2020 qu'elle a produit en procédure administrative. La CCVD considère pour sa part que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la précédente décision du 25 septembre 2017, qui justifierait d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

Or on constate que le médecin précité rapporte en premier lieu une très nette aggravation des douleurs à l'épaule droite de la recourante, concordante avec une aggravation des limitations fonctionnelles depuis

deux ans. Pour rappel, l'intéressée a chuté sur cette épaule en décembre 2008 et une arthroscopie avec ténotomie du long chef du biceps a été réalisée en juin 2009, sans que la coiffe des rotateurs n'ait pu être réparée, cette épaule étant restée douloureuse depuis lors (cf. rapport médical de la Dresse G._____ du 28 février 2017). On constate que l'aggravation dont fait état le Dr C._____ ressort de la comparaison entre son examen clinique réalisé en juillet 2020 et celui effectué par la Dresse G._____ en février 2017 : les limitations à l'antéflexion (90°) et à l'abduction (80°) rapportées par le Dr C._____ en 2020 sont plus importantes que celles constatées par la Dresse G._____ en 2017 (140° et 120°) ; le lift-off test n'est pas tenu, contrairement à ce qui était le cas en 2017, et la distance pouce - C7 (40 cm à droite) traduit également une aggravation par rapport aux valeurs mesurées par la Dresse G._____. Le fait que la situation au niveau de l'épaule droite se soit aggravée n'est par ailleurs pas surprenante, dans la mesure où la Dresse G._____ annonçait déjà dans le rapport susmentionné qu'elle se produirait. Ce médecin relevait en effet que le bilan radiologique réalisé en août 2016 démontrait la présence d'une arthrose secondaire à une rupture de la coiffe des rotateurs et que lorsque la symptomatologie douloureuse deviendrait trop invalidante, une intervention avec pose d'une prothèse inversée devrait être discutée. En revanche, contrairement à ce que relève le Dr C._____ dans son rapport du 12 juillet 2020, les douleurs à l'épaule gauche remontent à plus d'une année avant cette date et ne sont donc pas nouvelles. Elles étaient en effet déjà attestées par ce même médecin dans son rapport 28 janvier 2015 à l'OAI qui mettait en évidence l'apparition d'un problème à l'épaule gauche en automne 2014, laquelle était surchargée du fait de l'atteinte préexistante à l'épaule droite. Les douleurs à l'épaule gauche étaient également attestées par la Dresse G._____ dans son rapport du 28 février 2017.

Le Dr C._____ fait également état, par rapport à la situation de 2017, de l'apparition et de l'accentuation de lombo-sciatalgies de topographie L5 gauche limitant les mouvements du tronc et le périmètre de marche. La Dresse G._____ pour sa part avait relevé l'absence de sciatalgies dans son rapport du 28 février 2017. Le Dr C._____ relève

que cette nouvelle atteinte s'ajoute aux troubles déjà connus de la colonne vertébrale, à savoir des troubles statiques avec bascule du bassin à droite et des tendomyoses tout le long du rachis cervical et lombaire, dans un contexte d'arthrose importante du rachis (cf. à cet égard également le rapport de la Dresse G._____ précité et le rapport du Dr C._____ du 11 mai 2018 faisant suite à un bilan radiologique). Le Dr C._____ met encore en évidence une aggravation de la rhizarthrose depuis 2016 et une arthrose radio-carpienne à gauche très marquée avec une augmentation des douleurs depuis 2018, entraînant des limitations fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne.

A cela s'ajoute que le Dr C._____ indique que la recourante souffre d'une fatigue chronique constante accompagnée de troubles de la concentration en aggravation depuis 2018, dans le contexte d'un syndrome des apnées du sommeil et des douleurs musculo-squelettiques.

Du point de vue de l'état de santé psychique de la recourante, le Dr C._____ indique que celle-ci présente tous les signes d'une dépression modérée en partie réactionnelle aux difficultés engendrées par ses problèmes musculo-squelettiques et qu'elle a besoin d'un suivi psychiatrique régulier soutenu par une médication psychotrope. Il précise que le tableau des symptômes psychiatriques s'est aggravé depuis 2018. Même s'il aurait été judicieux que la recourante produise un rapport de son psychiatre traitant, la péjoration de l'atteinte à la santé psychique qui repose sur les observations étayées du Dr C._____ apparaît plausible, étant rappelé que la Dresse E._____ avait uniquement indiqué, dans son rapport du 8 mai 2017, que la recourante présentait une fragilité psychique et était souvent épuisée psychiquement.

Sur le vu du dossier, il n'apparaît pas que les aggravations mises en évidence par le Dr C._____ rendent désormais nécessaire une aide pour réaliser les six actes élémentaires de la vie quotidienne (se vêtir/se dévêtir ; se lever, s'asseoir et se coucher ; manger ; faire sa toilette ; aller aux toilettes ; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux). La recourante a en effet elle-même indiqué

dans sa demande du 24 juin 2020, qu'elle a complétée avec l'aide d'une ergothérapeute, n'avoir pas besoin d'aide pour effectuer les actes en question. Il y est toutefois indiqué qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est requis, à savoir pour effectuer ses achats, tenir son ménage, gérer des affaires administratives et s'organiser, réaliser des loisirs, structurer sa journée et éviter un isolement. Dans le même sens, le Dr C._____ a relevé que le degré de dépendance de l'intéressée a fortement augmenté en lien avec la péjoration de son état de santé. Il a indiqué qu'elle a besoin d'aide pour faire ses achats, pour effectuer son ménage et d'autres gestes en lien avec le ménage (par exemple porter des objets de plus de 2 kg, ouvrir des récipients), ajoutant qu'elle ne peut plus prendre seule les transports publics.

En définitive, vu ce qui précède, la recourante a rendu plausible une péjoration de son état de santé, pouvant rendre nécessaire un accompagnement accru pour faire face aux nécessités de la vie. C'est donc à tort que la CCVD n'est pas entrée en matière sur sa nouvelle demande. La cause lui est donc renvoyée pour qu'elle entre en matière, cas échéant complète l'instruction, notamment par la réalisation d'une enquête au domicile de l'intéressée, puis rende une décision sur la nouvelle demande d'allocation pour personne impotente.

5. Dès lors, le recours est admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à la CCVD pour entrée en matière sur la demande d'allocation pour personne impotente de B._____, du 24 juin 2020.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. fbis LPGA).

La CCVD versera à B._____ une indemnité de dépens de 2'400 francs vu l'importance du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis dans la mesure où il est recevable.

- II. La décision sur opposition rendue le 22 décembre 2020 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il soit entré en matière sur la nouvelle demande, puis statué sur le droit à une allocation pour impotent, après complément d'instruction au sens des considérants.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS versera à B._____ un montant de 2'400 (deux mille quatre cents) francs à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Valentin Groslimond (pour B._____),
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :