

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2632/2025

ATAS/255/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 mars 2026

Chambre 2

En la cause

A _____
représentée par Me Mauro POGGIA, avocat

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.**
- a.** À la suite d'une demande de prestations pour mineurs de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), plus précisément de mesures médicales, formulée le 31 juillet 1974 par les parents, ainsi que de réponses apportées par le professeur B_____ le 4 septembre 1974, A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1970 et souffrant d'un nanisme congénital et d'une dysplasie osseuse, s'est vue octroyer, par décision du 11 mars 1975 de l'ancienne commission AI du canton de Genève (ci-après : la commission AI), la prise en charge du traitement de l'infirmité congénitale, y compris une surveillance clinique et radiologique, avec effet dès le 1^{er} août 1973, ce à quoi s'est ajoutée la prise en charge d'un traitement de physiothérapie selon décision du 16 septembre 1975.
 - b.** Par décision du 26 octobre 1976, la commission AI a rejeté une demande de « contribution pour mineurs impotents » déposée le 27 avril 1976 par l'intéressée, représentée par sa mère, née en 1941 et divorcée, au motif que les conditions d'octroi n'étaient pas remplies, étant précisé qu'un questionnaire y afférent avait été complété le 2 août 1976 par un pédiatre.
 - c.** En revanche, par plusieurs décisions rendues entre le second semestre 1976 et fin 1987, la commission AI a pris en charge notamment des frais de transport (par minibus, taxi ou ambulance), et, à tout le moins par décision du 12 mai 1977, une intervention chirurgicale (ostéotomie de valgisation des deux cols fémoraux) et un moyen auxiliaire (pousse-pousse), ainsi que, dès 1986, des frais de cours dans certaines matières (mathématiques, allemand, anglais entre autres).
 - d.** En parallèle, le 23 août 1984, l'ancien office régional AI a établi un rapport à l'intention de la commission AI, faisant notamment état, comme limitations, de troubles à la marche, d'une souffrance au dos et d'une difficulté à garder une position, ainsi que d'une scolarité normale (au cycle d'orientation à l'époque), mais il a été noté en 1985 et 1986 par cet office que les notes de l'assurée étaient insuffisantes pour entrer au collège.
 - e.** Le 12 octobre 1987, l'intéressée a, lors d'une hospitalisation, subi une intervention chirurgicale pour correction de la scoliose dorsale, et, le 6 septembre 1988, elle a subi une ostéotomie de varisation du genou droit.
 - f.** Avec l'aide de l'AI, elle a pu acquérir en 1989 un véhicule à moteur adapté.
- B.**
- a.** Le 8 août 1989, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes, pour cause de nanisme (hauteur 1 m 17) avec déformation du squelette.
 - b.** Cette demande a été soutenue par le docteur C_____, médecin adjoint à la clinique de pédiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) dans un rapport du 18 décembre 1989.
 - c.** À l'âge adulte de l'intéressée, l'AI a continué à prendre en charge des frais de transports, et elle l'a soutenue pendant sa formation professionnelle initiale de

téléopératrice auprès de l'Entreprise des postes, téléphones et télégraphes suisses (ci-après : PTT) en 1990-1991, apprentissage qui la rendait heureuse mais fatiguée et dont elle a réussi l'examen (comme attesté le 30 août 1991).

Elle a ensuite continué à travailler auprès des PTT, ce à un taux de 50% dès le 1^{er} janvier 1992.

d. Le 5 janvier 1993, sur la base notamment d'un rapport du 4 novembre 1992 du Dr C_____ selon lequel, en raison d'« un état de fatigabilité et d'épuisement très important », la patiente ne pouvait pas dépasser une charge de travail de 50%, la commission AI a envisagé de lui reconnaître un taux d'invalidité de 50% et donc le droit à une demi-rente, sous réserve d'une éventuelle objection dans les 15 jours de l'intéressée, qui n'apparaît pas en avoir formulé une.

Une rente ordinaire simple d'invalidité, pour un degré d'invalidité de 50%, lui a dès lors été versée.

e. Le 30 octobre 1996, l'assurée a rempli un « questionnaire pour la révision de la rente ». Selon elle, depuis l'octroi de la rente, il n'y avait pas eu de changement professionnel pour raison de santé. En outre, elle n'avait pas besoin, en raison de son impotence et malgré l'usage de moyens auxiliaires, de l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir les actes ordinaires « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette », « aller aux toilettes (seulement se nettoyer) », « se déplacer » et « établir des contacts avec l'entourage ». Il était toutefois noté sous « remarques » : « Impossibilité de faire les courses (porter les sacs), le ménage, la lessive et le repassage ».

Dans le cadre de cette procédure de révision – d'office – du droit à la rente, le Dr C_____ a établi un rapport le 22 avril 1997. Les diagnostics étaient une dysplasie spondylo-épiphysaire sévère, un nanisme, une luxation bilatérale de hanche et un status après spondylodèse, et l'état de santé de la patiente était stationnaire.

f. Le 11 juin 1997, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé) a accepté une transformation du véhicule à moteur en raison de l'ancienneté de la première voiture.

- C.** **a.** Un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI signé le 10 mars 1998 par une collaboratrice psychologue, a fait état de la venue de l'assurée dans ses locaux le même jour, en parallèle d'une lettre de celle-ci du même 10 mars 1998 demandant à l'office une aide supplémentaire parce qu'elle était devenue indépendante du fait qu'elle avait déménagé hors du logement de sa mère (laquelle s'était occupée jusqu'à présent de tout et avait assumé la totalité de ses charges).

Selon ses explications, l'intéressée ne vivait plus chez sa mère depuis le 1^{er} mars 1998 (déménagement). Du fait de son handicap, à savoir 1 m 20, 26 kg, une tige de Harrington dans le dos et une prothèse au genou, elle avait de

nombreuses difficultés : elle ne pouvait pas prendre son bain seule (risque de chute), elle ne pouvait rien porter et ne pouvait donc ni faire ses commissions, ni étendre son linge, ni passer l'aspirateur, ni cuisiner sans prendre de risque. La collaboratrice psychologue lui avait expliqué que l'AI ne pouvait pas entrer en matière, faute de handicap au point de ne pouvoir pas faire au moins deux actes ordinaires de la vie.

b. L'office a retenu l'existence d'une demande d'allocation pour impotent (ci-après : API) déposée le 17 mars 1998 et a instruit cette demande.

Ainsi, une enquête a été effectuée le 21 octobre 1998 par l'OAI au domicile de l'assurée. À teneur du rapport y afférent, celle-ci n'avait pas besoin d'une aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ni d'une surveillance personnelle.

En parallèle, la demande de l'intéressée et avec l'accord de l'office, un conseiller de la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées (ci-après : FSCMA) s'est rendu le 8 décembre 1998 au domicile de l'assurée et a prévu divers moyens auxiliaires concernant l'aménagement de son appartement, mais, selon un rapport du 1^{er} juin 1999 de la FSCMA, lors d'une seconde visite de cette fédération le 26 avril 1999, l'intéressée a renoncé à des moyens auxiliaires et aides techniques qui serviraient à lui faciliter son indépendance.

c. Entretemps, par projet de décision du 29 octobre 1998, l'OAI a envisagé de refuser ladite demande d'API, en l'absence de besoin d'aide régulière et importante pour tous les actes ordinaires de la vie.

Par décision du 3 décembre 1998, il a confirmé ce projet de décision de refus d'API.

d. Le 29 décembre 1998, l'assurée a, auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG_PCF-PCC-RMCAS (ci-après : l'ancienne commission de recours), interjeté recours contre cette décision. Selon elle en effet, elle était actuellement complètement dépendante de sa mère ou de toute autre personne (amies), de sorte que les conditions d'indépendance énoncées par l'office n'étaient pas respectées.

e. Par réponse du 9 mars 1999, l'intimé a conclu au rejet du recours, en parallèle de quoi l'intéressée a répondu à des questions de celui-ci posées par pli du 12 mars 1999 concernant l'évolution de sa situation.

f. Par jugement du 25 mai 1999, l'ancienne commission de recours a admis le recours et a annulé la décision de l'intimé du 3 décembre 1998, dans le sens de l'octroi d'une API de degré faible.

Selon ladite commission en effet, il ressortait du rapport d'enquête à domicile d'octobre 1998 que l'entrée et la sortie de la baignoire semblaient comporter des risques pour la recourante, qu'elle était entravée dans le bon exercice de ses activités ménagères, dont certaines (par exemple le nettoyage de la salle de bain et

la manipulation de l'aspirateur) devaient être effectuées par une tierce personne, que ses achats devaient également être transporté par un tiers et que la trappe du container était trop lourde pour elle. Ainsi, il apparaissait qu'il y avait bien deux actes ordinaires de la vie que l'assurée n'accomplissait d'elle-même qu'imparfaitement, « ou du moins dans ses fonctions partielles ».

g. Par arrêt du 31 janvier 2000 (I 426/99), le Tribunal fédéral a admis un recours de l'OAI contre ce jugement et a annulé le jugement du 25 mai 1999 de l'ancienne commission de recours.

En effet, selon la Haute Cour, la tenue du ménage ne faisait pas partie des actes ordinaires de la vie, et le fait que l'intéressée devait parfois recourir à l'aide d'un tiers ou au service d'un taxi pour se rendre en des lieux inaccessibles à son véhicule ne remplissait pas les conditions requises pour l'octroi d'une API, parmi lesquelles le besoin d'aide de façon régulière et importante pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, ce qui n'était pas son cas pour se déplacer. Dès lors, vu la condition d'un tel besoin pour au moins deux actes ordinaires de la vie, même s'il fallait admettre que l'assurée ne pouvait se baigner seule sans s'exposer à des risques d'accident, elle n'aurait en toute hypothèse pas droit à une API.

D. a. Dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente faisant suite à un courrier du Dr C_____ du 7 octobre 1999, l'assurée a rempli le 22 août 2000 un « questionnaire pour la révision de la rente ». Son état de santé s'était aggravé depuis 1998, en ce sens qu'il lui était de plus en plus difficile de garder une position assise. Elle était en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} décembre 1998.

Dans un rapport du 4 septembre 2000, le Dr C_____ a confirmé ce qui précède. Outre les problèmes et opérations au rachis et aux hanches, il y avait eu des défauts d'axe au niveau des membres inférieurs qui avaient nécessité des ostéotomies de réorientation et entraîné des ennuis de genoux (diagnostic de déviation des membres inférieurs avec arthrose des deux genoux) dès 1998 qui avaient empêché la patiente de se maintenir en position assise correcte, car elle ne pouvait se tenir en position assise stabilisée qu'avec une hyperflexion des genoux en s'asseyant sur les talons, chose qui n'était plus possible actuellement.

Par décision du 6 octobre 2000, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 1999.

b. Par décision du 22 novembre 2000, vu désormais l'absence d'exercice d'une activité lucrative de l'intéressée permettant de couvrir ses besoins, l'office a mis fin, à partir du 1^{er} janvier 2000, à la contribution annuelle d'amortissement et de réparation pour une voiture automobile (octroyée le 31 mai 1989).

c. Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision – d'office – du droit à la rente, le Dr C_____, alors professeur et médecin chef de service à l'Hôpital des

enfants, service d'orthopédie pédiatrique, a répondu le 13 mars 2006 que l'état de santé de la patiente était stationnaire, depuis trois à quatre ans.

d. Dans le cadre d'une procédure subséquente de révision – d'office – du droit à la rente, le docteur D_____, médecin généraliste, a, le 27 juillet 2011, fait état d'un état de santé stationnaire et d'une absence de changement dans les diagnostics.

Le Pr C_____ est arrivé aux mêmes conclusions dans un rapport du 22 août 2011.

e. À la suite d'une demande formulée en juin 2014 par l'assurée – qui vivait désormais à nouveau avec sa mère dans la villa de cette dernière –, suivie d'une visite à domicile le 3 juillet 2014 d'un conseiller de la FSCMA et d'un rapport de cette fédération du 18 août 2014, l'OAI a pris en charge le montant de CHF 2'208.- TTC pour les modifications (poste de conduite et expertise) à apporter au véhicule à moteur de l'intéressée.

En revanche, celle-ci a retiré sa demande de prise en charge d'un pousse-pousse formulée le 4 août 2014, ce dont l'office a pris acte le 4 mars 2015. Néanmoins, ce dernier a reçu le 30 juillet 2015 un questionnaire rempli le 27 juillet précédent par le Dr D_____ à ce sujet.

f. Le même 30 juillet 2015, l'OAI a reçu des rapports que le Pr C_____ avait adressés les 4 juin 2013 et 20 juin 2014 au Dr D_____, dont ressortait un état général relativement satisfaisant et stable.

E. a. Par demande déposée le 18 février 2025, l'assurée a sollicité l'octroi d'une « [API] AVS », en raison de la dysplasie spondylo-épiphysaire dont elle souffrait depuis sa naissance en 1970, actuellement traitée par la docteure E_____, rhumatologue et médecin adjointe auprès du service des maladies osseuses des HUG.

Elle avait besoin, en raison de son impotence et malgré l'usage de moyens auxiliaires, d'une aide directe (« physique ») ou indirecte (« incitations ») de la part d'un tiers, de façon régulière et importante, pour accomplir les actes ordinaires suivants : « se vêtir/se dévêtir » depuis 1970 (sa précision sous « genre et fréquence de l'aide [description exacte] » : « Préparer, laver et ranger les vêtements. Aide physique deux fois par jour »), « manger » depuis 1970 (« Il n'est pas possible de cuisiner, servir ou transporter les plats qui sont rapidement trop lourds. Une aide physique est nécessaire trois fois par jour »), « soins du corps (se laver, se coiffer, se raser, se baigner/se doucher) » depuis 1970 (« Des adaptations matériels doivent être installée pour permettre l'accès à la douche et à la baignoire et une fois la serviette de bain mouillée, une aide humaine est nécessaire pour l'utiliser ou la ranger. La toilette a lieu une fois par jour »), « se déplacer/entretenir des contacts (dans l'appartement/à l'extérieur) » depuis 1970 (« La station debout devient douloureuse après quelques minutes. Le périmètre de marche n'excède pas les 200 m. Au-delà, une aide matériel est

nécessaire [chaise roulante, transport motorisé adapté] » et « L'utilisation des transports publics et/ou d'un transport non motorisé de type vélo ou trottinette ne sont pas envisageables car le risque de chute est trop grand ». En revanche, elle n'avait pas besoin d'une telle aide pour « se lever/s'asseoir/se coucher » ni pour « aller aux toilettes (propreté, se rhabiller, sonder ou acte similaire) », et elle n'avait pas « besoin de soins permanents ou de prestations d'aide médicale ». En outre, sous le point « surveillance personnelle », il était répondu « oui » à la question de savoir si elle pouvait rester seule durant la journée pour une à deux heures. C'était sa mère qui lui fournissait l'aide « durant les 2 dernières années ».

b. Par lettre du 20 février 2025, l'office, constatant que le droit aux prestations sollicitées avait déjà fait l'objet d'une décision rendue le 3 décembre 1998 non contestée dans le délai légal et donc devenue définitive, a informé l'intéressée qu'elle disposait d'un délai de 30 jours pour lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision au sujet de l'API, avec en outre la précision qu'un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante et l'indication de la personne apportant l'aide seraient notamment utiles. Sans réponse de la part de l'assurée, l'OAI serait contraint de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

c. En parallèle, dans un « rapport de consultation » du 21 février 2025 faisant suite à une « demande de moyen auxiliaire (transformation véhicule à moteur) » formulée le 2 août 2024 par l'intéressée puis à une rencontre le 2 décembre 2024 à domicile avec elle et sa mère, la FSCMA s'est prononcée sur une demande de l'OAI au sujet de la question de la prise en charge de l'adaptation du futur véhicule de l'assurée. Il était notamment noté que, l'âge avançant, les capacités physiques de celle-ci avaient diminué et que le véhicule adapté (Jeep Compass) qu'elle possédait et utilisait depuis 10 ans était devenu trop haut pour elle, avec en plus une difficulté à entrer dedans. Comme « résultat de l'expertise » était proposé, au titre de « moyens auxiliaires simples et adéquats », la prise en charge des « transformations de véhicules à moteur nécessitées par l'invalidité (poste de conduite) », selon un devis établi le 26 juillet 2024 par un garage dont le montant total avait été réduit par ladite fédération à CHF 4'723.95 (enlèvement des postes du devis afférent à la motorisation du hayon du coffre, question laissée à la libre appréciation de l'OAI).

d. Par courrier du 11 mars 2025 d'un avocat nouvellement constitué, l'assurée, se déclarant choquée par le pli de l'OAI du 20 février 2025 vu son âge de 55 ans et son infirmité congénitale, lui a demandé de lui adresser l'intégralité du dossier, demande à laquelle l'office a déféré les 13 et 14 mars 2025.

e. Par écrit de son conseil du 22 avril 2025, l'intéressée, se référant à la réception de l'intégralité de son dossier AI, a invité l'OAI à adresser à la Dre E_____ un formulaire *ad hoc* avec toutes questions pertinentes.

f. En parallèle, comme convenu lors d'une conversation téléphonique, un gestionnaire de l'OAI a, par courriel du 24 mars 2025, transmis à la Dre E_____ une copie de la lettre envoyée le 20 février 2025 à l'assurée, avec en outre l'indication d'un lien rapide et sécurisé pour envoyer des documents à l'office. Ladite rhumatologue ayant demandé le 17 avril 2025 quel document elle devait remplir pour expliquer les limitations de la patiente et l'impact fonctionnel, le gestionnaire de l'office lui a répondu par courriel du 24 avril 2025 que, comme indiqué dans le courrier du 20 février 2025 précité, « il serait notamment utile de [lui] fournir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante (diagnostic, évolution du besoin d'aide pour exécuter les actes ordinaires de la vie, limitations fonctionnelles) et [indiquer à l'office qui lui] apporte cette aide ».

g. Entretemps, par projet de décision du 23 avril 2025, l'OAI a envisagé de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande d'API du 18 février 2025, l'examen du dossier n'ayant montré aucun changement par rapport au 3 décembre 1998.

h. Par lettre du 29 avril 2025, l'intéressée a supposé que ce projet de décision s'était croisé avec son courrier du 22 avril 2025, et a confirmé la teneur de celui-ci et sa demande faite à l'office de procéder à l'instruction de sa demande d'API.

i. Le 2 mai 2025, l'OAI a répondu à l'intéressée qu'il lui appartenait de lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision au sujet de l'API, avec en outre la précision qu'un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante et l'indication de la personne apportant l'aide seraient notamment utiles.

j. Par communication du 4 juin 2025, l'office a confirmé à l'assurée la prise en charge du montant de CHF 4'723.95 conformément au devis du garage établi le 26 juillet 2024, pour les modifications à apporter au véhicule à moteur en raison de son handicap (moyen auxiliaire), avec en particulier le rappel que les frais liés à l'adaptation d'un véhicule neuf pouvaient être pris en charge au plus tous les 10 ans ou tous les 200'000 km.

Par écrit manuscrit du 1^{er} juillet 2025 reçu le 3 juillet 2025, l'assurée, en personne, a fait part à l'office de son désaccord avec sa décision du 4 juin 2025, « car [elle avait] besoin de ce moyen de locomotion indispensable ».

Par communication du 31 juillet 2025, l'OAI a précisé que le montant de CHF 4'723.95 était modifié, du fait que la motorisation du hayon du coffre n'était pas prise en charge par lui.

k. En parallèle, par décision du 30 juin 2025, l'OAI a confirmé la non-entrée en matière sur la nouvelle demande d'API du 18 février 2025, l'examen du dossier n'ayant montré aucun changement par rapport au 3 décembre 1998 (date du rejet au fond d'une précédente demande d'API).

F. a. Par acte du 30 juillet 2025, représentée par son conseil, l'assurée a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision de l'office du 30 juin 2025, concluant préalablement à l'audition de sa mère et de la Dre E_____, au fond, à l'annulation de ladite décision et, principalement, à la reconnaissance de son droit à une API de degré faible, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé afin que sa demande d'API soit instruite.

Notamment, par courriel du 17 avril 2025, la Dre E_____ avait répondu à un courriel du 2 avril 2025 du conseil de la recourante qui lui rappelait un précédent courriel (NDR : qui n'est pas produit). Elle était d'accord avec ledit avocat. Le diagnostic précis de la patiente n'était pas encore complètement étiqueté. L'impact fonctionnel de son atteinte était décrit en quelques lignes. En outre, alors qu'elle attendait un document qu'elle pourrait remplir, le gestionnaire de l'office lui avait seulement transmis le dernier courrier qu'il avait envoyé à l'intéressée, et elle l'avait relancé et « [espérait] pouvoir faire avancer les démarches au plus vite ».

b. Par réponse du 19 août 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par réplique du 8 septembre 2025, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours.

d. Le 16 septembre 2025, elle a spontanément produit un rapport que la Dre E_____ avait adressé le 10 septembre 2025 au « médecin conseil » à un numéro de rue qui correspond à l'adresse de l'OAI, avec en annexe des copies de radiographies. Cette spécialiste en rhumatologie y décrivait l'impact fonctionnel de l'atteinte à la santé de la patiente.

e. Le 25 septembre 2025, l'intimée a estimé que les éléments médicaux nouveaux apportés par l'assurée seulement dans le cadre de la présente procédure de recours ne pouvaient pas être pris en considération.

f. Par écriture du 3 octobre 2025, la recourante a maintenu les conclusions de son recours, y compris celle en audition de la Dre E_____.

g. Par plis du 21 novembre 2025, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de 30 jours et compte tenu des fêtes judiciaires – prévus par la loi, le recours est recevable sous ces angles (art. 38 al. 4 et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications du 19 juin 2020 de la LAI sont entrées en vigueur (développement de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et les références).

En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue après le 1^{er} janvier 2022, et le droit éventuel à une API serait né après cette date également (*cf.* art. 42 LAI et 35 RAI cités ci-après), de sorte qu'est applicable la législation en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_31/2023 du 25 mai 2023 consid. 3.2 *a contrario*), et aussi celle découlant de la modification du 17 décembre 2021 (AVS 21) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024 (RO 2023 92 ; FF 2019 5979).

3. Pour ce qui est du droit de fond (conditions d'octroi d'une API), il convient de rappeler les règles et principes qui suivent.

3.1 Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une API (al. 1, 1^{ère} phr.). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si l'atteinte à la santé est uniquement psychique, la personne n'est réputée impotente que si elle a droit à une rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42bis al. 5 LAI est réservé (al. 3). L'API est octroyée au plus tôt à la naissance. Le droit naît dès qu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable ; l'art. 42bis al. 3 LAI est réservé (al. 4).

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa 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 (art. 9 LPGA). Ces actes sont ceux que la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA désignait par « actes ordinaires de la vie » (Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 10 *ad* art. 42 LAI). L'art. 9 LPGA n'a pas conduit à un changement de la jurisprudence relative à l'évaluation de l'impotence développée à propos de l'ancien art. 42 al. 2 LAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H.66/04 du 9 août 2004 consid. 2.1 et 2.2 et la référence).

À teneur de l'art. 35 al. 1 RAI, le droit à l'API prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées (al. 1). Lorsque, par la suite, le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88bis RAI sont applicables. Le droit à l'allocation s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'une des autres conditions de ce droit n'est plus remplie ou au cours duquel le bénéficiaire du droit est décédé (al. 2).

Dans le domaine de l'AI, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_661/2016 du 19 avril 2017 consid. 2.3 et les références). Ce principe s'applique également à l'assuré qui fait valoir le droit à une API (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.146/02 du 10 février 2003 consid. 4.2).

3.2 La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

Le degré d'impotence se détermine en fonction du nombre d'actes (associés éventuellement à une surveillance personnelle permanente ou à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie) pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire (*cf.* art. 37 RAI). L'évaluation du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie constitue donc une appréciation fonctionnelle ou qualitative de la situation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.2 et la référence).

Dans la mesure où, dans le cas présent, l'office, en n'entrant pas en matière sur la nouvelle demande d'API (déposée le 18 février 2025), a nié tout droit de l'assurée à une API, seules seront évoquées ci-après les conditions requises pour l'octroi d'une API de degré faible. En effet, l'absence de droit à une API d'un tel degré exclut *a fortiori* les degrés moyens et grave.

3.2.1 L'art. 37 al. 3 RAI dispose que l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une

surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

3.2.2 L'expression « même avec des moyens auxiliaires » se rapporte à ceux qui sont remis par l'AI, ainsi qu'aux moyens auxiliaires bon marché ou à des adaptations dont la prise en charge peut être exigée de l'assuré, ceci indépendamment de son obligation de réduire le dommage (arrêt du Tribunal fédéral I 639/06 du 5 janvier 2007 consid. 4.1 et les références).

3.2.3 Les soins peuvent être qualifiés d'astreignants au sens de l'art. 37 al. 3 let. c RAI pour diverses raisons. Le critère peut être quantitatif, ce qui signifie qu'ils nécessitent beaucoup de temps ou sont particulièrement coûteux. Il peut aussi être qualitatif, ce qui signifie que leur exécution se fait dans des conditions difficiles, par exemple, parce qu'ils sont particulièrement pénibles ou qu'ils doivent être prodigués à des heures inhabituelles (par exemple vers minuit ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_663/2016 du 17 janvier 2017 consid. 2.2.2 et les références).

Un besoin de soins de plus de deux heures par jour sera qualifié de particulièrement astreignant si des aspects qualitatifs aggravants doivent aussi être pris en compte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_384/2013 du 10 octobre 2013 consid. 4.1.1). Si le besoin de soins est supérieur à trois heures par jour, l'aide peut être qualifiée d'astreignante si au moins un aspect qualitatif (par exemple soins pendant la nuit) s'y ajoute. Un besoin de soins de quatre heures par jour ou plus est par principe considéré comme astreignant, même sans critère qualitatif supplémentaire (Circulaire sur l'impotence [CSI], valable à partir du 1^{er} janvier 2022, établie par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], ch. 2066 et 2067 ; la CSI a remplacé dès 2022 l'ancienne Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]).

3.2.4 En vertu de l'art. 38 al. 1 RAI – mentionné à l'art. 37 al. 3 let. e RAI –, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42 al. 3 LAI 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).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne comprend pas l'aide (directe ou indirecte) d'un tiers pour accomplir les six actes ordinaires de la vie, ni les soins, ni la surveillance. Il constitue plutôt un élément d'aide supplémentaire et indépendant (ATF 133 V 450).

Un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est accordé aux assurés qui, pour des raisons de santé, ne peuvent pas vivre de manière autonome sans l'aide d'une tierce personne (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2008 du 21 juillet 2008). Il faut qu'en l'absence de l'aide de tiers et en tenant compte de l'obligation de réduire le dommage, l'assuré n'ait d'autre choix que d'entrer dans un home (CSI, ch. 2088).

Concernant plus précisément l'hypothèse de la let. a de l'art. 38 al. 1 RAI, lorsque l'assuré vit dans le même ménage que des membres de sa famille, on est en droit d'exiger que ceux-ci apportent leur aide pour les tâches ménagères. On peut attendre la même chose des enfants, mais on doit alors tenir compte de leur âge (CSI, ch. 2101). Pour l'hypothèse de la let. b de l'art. 38 al. 1 RAI, l'obligation de réduire le dommage inclut non seulement l'aide des membres de la famille (achats, coiffeur, etc.), mais aussi l'option de faire ses courses en ligne et de se les faire livrer à domicile (CSI, ch. 2104). S'agissant de l'hypothèse de la let. c de l'art. 38 al. 1 RAI, il n'y a pas lieu de parler d'isolement si l'assuré entretient une relation avec un ou une partenaire, vit avec un membre de sa famille, exerce un emploi (même dans un atelier protégé) ou fréquente une structure d'accueil de jour (CSI, ch. 2109).

3.3 Selon la jurisprudence, les actes élémentaires de la vie quotidienne se répartissent en six domaines : 1. se vêtir et se dévêtir ; 2. se lever, s'asseoir et se coucher ; 3. manger ; 4. faire sa toilette (soins du corps) ; 5. aller aux toilettes ; 6. se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 et les références).

3.3.1 De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 153 consid. 2b). Ce principe est en particulier applicable lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité d'accomplir l'acte consistant à aller aux toilettes (ATF 121 V 95 consid. 6c ; 121 V 94 consid. 6b et les références).

Par ailleurs, il n'y a aucune raison de traiter différemment un assuré qui n'est plus en mesure d'accomplir une fonction (partielle) en tant que telle ou ne peut l'exécuter que d'une manière inhabituelle et un assuré qui peut encore accomplir cet acte, mais n'en tire aucune utilité (ATF 117 V 151 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral I 43/02 du 30 septembre 2002 consid. 1 et 2.1).

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 des fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide directe ou indirecte d'autrui, d'une manière régulière et importante, que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c). 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. En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 et les références).

L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour (arrêt du Tribunal fédéral 9C_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 5.3 et les références). C'est par exemple le cas lors de crises pouvant ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (RCC 1986 p. 510 consid. 3c).

L'aide est importante : lorsque l'assuré ne peut plus accomplir seul au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (ATF 121 V 88 consid. 3c et les références ; 107 V 136 consid. 1b) ; lorsqu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou que, en raison de son état psychique, il ne peut l'accomplir sans incitation particulière (ATF 106 V 153 consid. 2a et 2b) ; lorsque, même avec l'aide d'un tiers, il ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour lui (par exemple si l'assuré souffre de graves lésions cérébrales et que sa vie se trouve réduite à des fonctions purement végétatives, de sorte qu'il est condamné à vivre au lit et qu'il ne peut entretenir de contacts sociaux ; ATF 117 V 146 consid. 3b ; CSI, ch. 2013).

Les personnes chargées de déterminer s'il y a impotence (médecin, collaborateurs des services sociaux) doivent se limiter à indiquer en quoi consiste l'aide accordée de manière régulière. Décider si elle est importante est en revanche une question de droit qu'il incombe à l'administration, respectivement au juge de trancher (ATF 107 V 136 consid. 2b).

3.3.2 S'agissant de l'acte « se vêtir, se dévêtir (y compris mettre et retirer un éventuel moyen auxiliaire, pour autant qu'il ne serve pas à un traitement ou à une thérapie) », selon le ch. 2026 de la CSI, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut lui-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou un moyen auxiliaire. Il y a également impotence lorsque l'assuré peut certes s'habiller seul mais, en raison de problèmes cognitifs, ne peut pas faire correspondre sa tenue aux conditions météorologiques ou confond l'envers et l'endroit de ses vêtements. La préparation des vêtements ne peut être prise en considération.

Le ch. 2028 de la CSI précise que, du fait de l'obligation de réduire le dommage, il faut examiner la possibilité de maintenir l'autonomie et donc de diminuer le besoin d'aide par des moyens auxiliaires (enfile-chaussettes, chausse-pied, etc.) ou des vêtements appropriés (pas de chemise ou de vêtements serrés, chaussures à velcro, pantalons avec bande élastique).

3.3.3 En ce qui concerne l'acte ordinaire de la vie « manger », la fonction de boire constitue également une fonction partielle de cet acte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_346/2010 du 6 août 2010 consid. 3 et la référence).

Il y a impotence lorsque l'assuré peut certes manger seul, mais ne peut couper ses aliments lui-même, ou lorsqu'il peut les porter à sa bouche seulement avec les doigts (ATF 121 V 88 consid. 3c ; 106 V 153 consid. 2b).

Il convient toutefois de souligner que même si l'assuré éprouve des difficultés pour couper des aliments, il existe des moyens auxiliaires simples et peu coûteux, dont l'utilisation peut être exigée de lui en vertu de son obligation de diminuer le dommage (*cf.* ATF 134 V 64 consid. 4), qui lui permettraient d'effectuer cet acte comme, par exemple, un couteau ergonomique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_525/2014 du 18 août 2014 consid. 6.3).

En revanche, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut pas du tout se servir d'un couteau et donc pas même se préparer une tartine (arrêt du Tribunal fédéral 9C_346/2010 du 6 août 2010 consid. 4 et 5).

L'aide directe d'autrui pour couper des aliments durs est insuffisante pour admettre un besoin d'aide régulière et importante, dès lors que de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_328/2024 du 20 décembre 2024 consid. 4.2 et les références).

3.3.4 Concernant l'acte « faire sa toilette », il y a impotence lorsque l'assuré ne peut effectuer lui-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle – se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher (arrêt du Tribunal fédéral 9C_373/2012 du 22 août 2012 consid. 4.2). Des difficultés supplémentaires ou un ralentissement pour accomplir ces actes ne suffisent pas à l'admission d'une impotence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_912/2008 du 5 mars 2009 consid. 10.2 et les références).

Un assuré qui, en prenant un bain, n'est pas en mesure de laver son dos, ses oreilles ou des cavités du corps doit être considéré comme impotent dans la fonction « faire sa toilette » (arrêt du Tribunal fédéral I 438/96 du 28 juin 1996 consid. 2c.bb, cité *in* Ulrich MEYER/Marco REICHMUTH, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung* [IVG], 2014, n. 33 *ad* art. 42-42^{ter} LAI).

Par ailleurs, un contrôle ultérieur des soins corporels peut constituer une aide importante lorsque l'assuré n'est pas en mesure de l'effectuer correctement en raison de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral I 443/04 du 2 décembre 2004 consid. 2.1 et 2.3).

En revanche, il n'y a pas impotence lorsque les actes ne doivent pas être assumés quotidiennement, comme par exemple lorsque l'assuré a besoin d'aide pour se coiffer ou se vernir les ongles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 6.2) ou s'épiler (arrêt du Tribunal fédéral 9C_524/2023 du 20 mars 2024 consid. 6.2 et la référence ; CSI, ch. 2044).

3.3.5 Pour ce qui est de l'acte « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux », il y a impotence lorsque l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, ne peut plus se déplacer de manière autonome dans son logement ou à l'extérieur, ou entretenir des contacts sociaux (CSI, ch. 2054).

Par contacts sociaux, on entend les relations humaines telles qu'elles se pratiquent quotidiennement (par exemple lire, écrire, fréquenter des concerts, des manifestations politiques ou religieuses, etc. ; RCC 1982 p. 119 consid. 1c et p. 126 consid. 1b ; CSI, ch. 2055).

La nécessité de l'aide pour entretenir des contacts afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes présentant un handicap psychique), doit être prise en compte uniquement au titre de l'« accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie » (chap. 2.6.3.3) et non de la fonction partielle « entretenir des contacts sociaux » (arrêt du Tribunal fédéral 9C_639/2015 du 14 juin 2016 consid. 4.1 ; CSI, ch. 2056).

3.4 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

3.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

4.

4.1 Selon l'art. 87 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 (al. 2). Lorsque la rente, l'API 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 (al. 3).

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écartier sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

4.2 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_29/2023 du 7 juillet 2023 consid. 3 ; 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1). À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Si la modification déterminante pour le droit est rendue plausible, l'administration est tenue d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et de l'examiner globalement en fait et en droit ; elle doit donc procéder de la même manière que dans un cas de révision selon l'art. 17 LPG (arrêt du Tribunal fédéral 9C_552/2022 du 20 mars 2023 consid. 3.1 ; cf. à ce sujet ATF 130 V 71), à savoir examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a).

Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la prestation d'assurance (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_29/2023 précité consid. 3 ; 8C_619/2022 précité consid. 5.1).

4.3 Les exigences de preuves dans le cadre de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI étant sensiblement réduites (arrêt du Tribunal fédéral 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3), la conviction de l'administration ou du juge n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement apportée qu'une modification

déterminante est survenue depuis le moment de la décision de refus de rente ; des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêts du Tribunal fédéral 8C_400/2025 du 15 décembre 2025 consid. 3 ; 8C_29/2023 précité consid. 3 ; 8C_619/2022 précité consid. 5.1 ; cf. par analogie BGE 144 V 427 consid. 3.3).

Toutefois, on peut également exiger d'un tel rapport qu'il ne se limite pas à reproduire les arguments avancés par la personne assurée, mais qu'il expose de manière concevable les raisons pour lesquelles le médecin traitant estime que l'état de santé s'est (considérablement) détérioré. Si, en revanche, on peut supposer que le nouveau rapport ne représente qu'une appréciation différente d'une situation médicale restée pour l'essentiel inchangée, il ne permet pas de rendre plausible une aggravation (arrêts du Tribunal fédéral 8C_619/2022 précité consid. 5.1 ; 9C_552/2022 du 20 mars 2023 consid. 4.2).

4.4 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 – actuellement 2 et 3 – RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1). La personne assurée a en effet le fardeau de la preuve en ce qui concerne l'existence d'un changement plausible des circonstances depuis le dernier refus de prestations entré en force (arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2022 précité consid. 3.2 et les références). 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 (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. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 ainsi que 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - 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 – ou son impotence – 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. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 *in fine* ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_557/2023 du 22 mai 2024 consid. 3.2 ;

8C_880/2017 précité consid. 5.1 ; 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2). L'examen du juge se limite donc au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative (telles que se présentant au moment où l'administration a statué) justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 précité consid. 4.1).

5.

5.1 En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était en droit ou non de refuser l'entrée en matière sur la nouvelle demande d'API déposée le 18 février 2025 par la recourante.

L'issue la plus favorable pour l'assurée serait ainsi que la chambre de céans ordonne à l'office d'entrer en matière sur sa demande et l'examine globalement en fait et en droit, en procédant de la même manière que dans un cas de révision selon l'art. 17 LPGA, à savoir en examinant la cause sur le fond et en déterminant si la modification du degré d'invalidité qui aurait été rendue plausible par la recourante a effectivement eu lieu ou non.

Est en conséquence irrecevable la conclusion principale du recours tendant à la reconnaissance d'un droit de l'intéressée à une API (de degré faible). Seules sont recevables la conclusion en annulation de la décision querellée et la conclusion subsidiaire tendant au renvoi de la cause à l'office pour instruction sur sa demande d'API.

Au surplus, il y a lieu de procéder à la comparaison des états de fait entre d'une part la situation allant du 3 décembre 1998 (dernier refus au fond de l'OAI) au 31 janvier 2000 (sa confirmation par le Tribunal fédéral) – donc la dernière décision de l'office en matière d'API entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit – et d'autre part la situation prévalant dans le cadre de la nouvelle demande d'API déposée le 18 février 2025.

Dans cette comparaison des états de faits, seuls peuvent entrer en ligne de compte les documents (en principe des rapports médicaux) qui auraient été présentés aux autorités par la recourante entre d'une part le 18 février 2025 et d'autre part le 30 juin 2025, date de la décision litigieuse, ce qui exclut de l'examen de la plausibilité au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI les nouveaux rapports produits en procédure de recours, en l'occurrence le courriel de la Dre E_____ du 17 avril 2025 et le rapport de celle-ci du 10 septembre 2025.

5.2 Le principal reproche fait par la recourante à l'intimé consiste en celui de déni de justice, y compris de manque de toute bienveillance malgré la situation difficile.

5.2.1 Cela étant, la lettre du 20 février 2025 de l'office respecte le déroulement de la procédure prescrit par la loi tel que précisé par la jurisprudence, selon laquelle, en l'absence – comme ici – de précisions et documents médicaux rendant

plausible que l'impotence se serait modifiée, l'administration doit impartir à la personne assurée 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 elle ne se plierait pas à ses injonctions (*cf.* consid. 4.4 ci-dessus).

Certes, représentée par son conseil nouvellement constitué, la recourante a demandé à l'OAI le 22 avril 2025 d'adresser à la Dre E_____, sa rhumatologue traitante, un formulaire *ad hoc* avec toutes questions pertinentes, et elle a confirmé le 29 avril 2025 cette demande, conforme d'après elle à l'obligation de l'office d'instruire sa dernière demande d'API, ce malgré le projet de décision du 23 avril 2025 envisageant de ne pas entrer en matière sur cette nouvelle demande d'allocation au motif que l'examen du dossier n'aurait montré aucun changement par rapport au 3 décembre 1998.

L'assurée n'a toutefois, avant le prononcé de la décision attaquée, pas transmis à l'intimé les indications et documents requis dans la lettre de celui-ci du 20 février 2025, pas même à la suite du courrier du 2 mai 2025 par lequel l'OAI lui avait rappelé qu'il lui appartenait de lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision au sujet de l'API.

5.2.2 Or, contrairement à ce que semble faire valoir la recourante dans ses écritures en procédure de recours, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, présentement litigieuse (*cf.* consid. 4.4 ci-dessus).

5.2.3 L'échange de courriels, compris entre le 24 mars et le 24 avril 2025, entre le gestionnaire de l'OAI et la Dre E_____ n'est d'aucun appui en faveur du grief de la recourante.

En effet, l'office a écrit à la rhumatologue traitante sur quels points devait porter le rapport à établir par celle-ci. Il importe peu qu'elle n'ait éventuellement pas pu utiliser le lien internet indiqué à la fin du courriel du gestionnaire du 24 mars 2025, ni qu'elle n'ait pas reçu de formulaire à remplir de la part de l'intimé. Il appartenait à la Dre E_____ d'adresser à l'OAI au plus vite, le cas échéant après s'être renseignée auprès du conseil de la patiente quant au délai et aux modalités à respecter, un rapport circonstancié contenant les éléments de fond mentionnés dans les courriels du gestionnaire, quelle que soit la forme de ce rapport médical.

5.2.4 On ne voit aucun comportement de l'intimé contraire aux principes découlant de la protection de la bonne foi, laquelle, notamment, protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (*cf.* ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; 128 II 112 consid. 10b/aa ; 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités), et peut aussi

être invoquée en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (cf. notamment ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées).

5.2.5 En définitive, aucun reproche d'ordre procédural ne peut être fait à l'office.

5.3 Pour ce qui est de l'examen de la condition de la plausibilité (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI) en tant que telle, l'OAI n'a reçu de l'assurée que son formulaire de demande d'API déposée le 18 février 2025.

Or, dans les renseignements qui y sont inscrits par l'intéressée, il n'est fait état, sous l'angle d'une éventuelle impotence, d'aucune aggravation par rapport à la situation existant en 1998-2000, l'assurée indiquant au contraire un besoin d'aide depuis sa naissance en 1970 pour les actes ordinaires de la vie concernés.

Du reste, les précisions qu'elle apporte dans ce formulaire de demande d'API, sous « genre et fréquence de l'aide (description exacte) », n'apparaissent pour la plupart pas porter sur l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés en tant que tels, mais plutôt sur celui des actes visant à préparer ces actes ordinaires de la vie ainsi que sur l'adaptation de l'environnement de manière à permettre ou faciliter ces actes (en particulier « préparer, laver et ranger les vêtements », plutôt que « se vêtir/se dévêtir » ; « cuisiner, servir ou transporter les plats », plutôt que manger ; des adaptations matérielles pour permettre l'accès à la douche et à la baignoire et aide concernant la serviette de bain une fois celle-ci mouillée, plutôt que des soins du corps en tant que tels ; difficultés de déplacement et adaptations des moyens de transport et déplacement, plutôt qu'impossibilité de se déplacer sans aide de tiers).

Pour le reste, le « rapport de consultation » du 21 février 2025 de la FSCMA répond à la « demande de moyen auxiliaire (transformation véhicule à moteur) » formulée le 2 août 2024 par l'intéressée et ne contient pas d'éléments précis pouvant concerner une éventuelle impotence.

C'est dès lors conformément au droit que l'intimé a refusé l'entrée en matière sur la nouvelle demande d'API déposée le 18 février 2025 par la recourante.

Par appréciation anticipée des preuves, une audition de la mère de l'assurée et de la Dre E_____ ne pourrait en aucun cas permettre une autre issue.

5.4 Au demeurant, même si le courriel de la Dre E_____ du 17 avril 2025 et le rapport de celle-ci du 10 septembre 2025 avaient pu être pris en considération, il ne serait aucunement certain que cela aurait pu conduire la chambre de céans à une autre conclusion.

En effet, aucune déduction claire ne paraît *prima facie* pouvoir être tirée de ces deux documents, sous l'angle d'une impotence, au sujet d'une éventuelle modification par rapport à la situation existant en 1998-2000.

En outre, la rhumatologue traitante y décrit, vu la petite taille de l'assurée, des problèmes d'inadaptation des meubles et du matériel dans la maison pour l'accès à la douche et à la baignoire, au lavabo et à la table de cuisson, de même que l'impossibilité pour la patiente d'accomplir seule les tâches ménagères que sont les courses à l'extérieur, la cuisine et le ménage. La plupart des répercussions fonctionnelles sur le quotidien de la recourante de son handicap et de sa maladie ne paraissent pas avoir trait à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, mais semblent plutôt évoquées en lien avec l'adaptation de l'environnement de manière à permettre ou faciliter ces actes de même qu'avec les empêchements dans l'exécution de tâches ménagères.

Certes, selon la Dre E_____, du fait que l'abduction au niveau de l'épaule droite de la patiente (qui est droitrière) est très limitée et qu'il y a un important flexum des coudes associé à des douleurs, l'intéressée a des difficultés pour se peigner et se brosser les dents. On pourrait s'interroger s'il s'agirait de difficultés supplémentaires ou d'un ralentissement pour accomplir certains actes compris dans l'acte ordinaire de la vie « faire sa toilette » (fonctions partielles) ou d'une impossibilité à les effectuer sans aide. Quoiqu'il en soit, il convient de rappeler la teneur de l'arrêt du 31 janvier 2000 du Tribunal fédéral (I 426/99), selon lequel, notamment, la tenue du ménage ne fait pas partie des actes ordinaires de la vie, et, vu la condition d'un besoin de façon régulière et importante de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, même s'il fallait admettre que l'assurée aurait besoin d'une telle aide pour le – seul – acte de faire sa toilette (soins du corps), elle n'aurait pas droit à une API

5.5 Les considérants qui précèdent ne remettent en cause ni les importantes difficultés vécues par la recourante ni le courage dont elle fait preuve pour les affronter.

Or, de manière générale, d'une part, les difficultés qui ressortent actuellement des éléments du dossier paraissent affecter, au premier plan, la capacité de l'intéressée d'accomplir ses travaux habituels au sens de la LAI et du RAI. Ceci pourrait être pertinent concernant le droit à une rente d'invalidité (*cf.* notamment art. 28 et 28a LAI), mais l'assurée bénéficie déjà d'une rente entière. D'autre part, la question d'un éventuel besoin de moyens auxiliaires (*cf.* notamment art. 21 à 21quater LAI et 14 à 14quater RAI, de même que l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité du 29 novembre 1976 [OMAI - RS 831.232.51] et son annexe ; aussi la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité [CMAI], accessible depuis internet « <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/6380> ») pourrait se poser, au premier plan également, de manière prioritaire par rapport à la question d'une impotence, mais ne fait pas partie de l'objet du présent litige.

À la lecture notamment du « rapport de consultation » du 21 février 2025 de la FSCMA et des deux documents précités émis par la Dre E_____, il semble que,

l'âge avançant, les capacités physiques de l'assurée diminuent progressivement et que sa mère, qui est âgée, risque à terme de pouvoir moins l'aider pour les gestes de la vie quotidienne.

Ainsi, même s'il ne peut pas être entré en matière sur la demande d'API déposée le 18 février 2025 par l'intéressée, il n'en demeure pas moins qu'au gré de l'évolution de sa situation, il lui appartiendrait dans le futur, le cas échéant avec l'aide de tiers, de formuler si nécessaire des demandes d'aides pertinentes, notamment à l'intention de l'intimé. Par exemple, si à un moment donné la mère de l'assurée ne pouvait plus l'aider, pourrait le cas échéant se poser la question d'un éventuel besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens des art. 42 al. 3 LAI ainsi que 37 al. 3 let. e et 38 RAI.

6. Vu ce qui précède, les conclusions recevables du recours seront rejetées.
7. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA).

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de la recourante (*cf.* art. 69 al. 1 bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare irrecevable la conclusion principale du recours tendant à la reconnaissance d'un droit de la recourante à une allocation pour impotence.
2. Déclare recevables la conclusion en annulation de la décision querellée et la conclusion subsidiaire tendant au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction de sa demande d'allocation pour impotence déposée le 18 février 2025.

Au fond :

3. Rejette les conclusions recevables du recours.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le