RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/935/2019 **ATAS/13/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 janvier 2021

10ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA	recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), ressortissante italienne née le _____ 1970, a travaillé en qualité de courtepointière à 50% et de conseillère de vente à 50% pour le compte du même employeur, depuis le 6 février 2006.

2. Dès le mois de juin 2006, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a régulièrement émis des certificats d'incapacité de travail en faveur de l'assurée, à des taux variables selon les périodes.

3. Le 29 avril 2008, l'assurée a été opérée de la main droite par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main. Ce dernier a retenu les diagnostics de polyarthralgies dans le contexte d'une pathologie rhumatismale X, de rhizarthrose droite, de syndrome du tunnel carpien droit et de ténosynovite sténosante de De Quervain au poignet droit. L'assurée présentait, dans le contexte d'une pathologie rhumatismale indéterminée, des polyarthralgies avec déformations digitales.

4. Le 30 juillet 2008, l'assurée a été licenciée par son employeur avec effet au 30 septembre 2008. L'employeur a relevé que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait plus d'exercer son activité de courtepointière depuis plus d'un an.

5. Le 7 août 2008, l'assurée a déposé une première demande de prestation auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison des atteintes maladives décrites par le Dr C_____.

6. Après avoir octroyé à l'assurée une réorientation professionnelle, puis appris que cette dernière avait été engagée, dès le mois d'avril 2009, comme conseillère à la clientèle à 100% auprès d'un nouvel employeur, l'OAI, par décision entrée en force du 28 mars 2010, a refusé de poursuivre les mesures d'ordre professionnel. L'office a retenu que l'assurée ne subissait aucune perte de revenu dans sa nouvelle activité et que, dans la mesure où sa capacité de gain était préservée, le maintien des prestations était exclu.

7. En 2015, l'assurée était toujours salariée auprès du même employeur qu'en 2009.

8. Après que l'assurée l'ait informé, par courrier du 21 octobre 2015, d'une aggravation de son état de santé et du fait qu'elle avait reçu une lettre de licenciement avec un nouveau contrat à 50% dès 2016 en tant que vendeuse-décoratrice, l'OAI a rejeté cette nouvelle demande, par décision du 26 août 2016. Il a retenu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. En effet, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi. L'assurée était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants :

   - un rapport d'imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) lombaire rédigé le 23 novembre 2015 par le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant qu'il n'y avait pas de modification significative par rapport au dernier contrôle du

2 septembre 2013. On retrouvait une discopathie qui prédominait au niveau L2-L3 avec une protrusion discale postérieure sans image de hernie discale intracanalaire foraminale, ainsi qu'une ébauche de surcharges mécaniques des articulations inter-apophysaires postérieures L4-L5 et L5-S1 des deux côtés ;

- un rapport d'échographie des deux épaules établi par le Dr D_____ le 24 novembre 2015, faisant état, au niveau de l'épaule droite, d'une périarthrite micro-calcifiante de l'insertion distale du tendon du muscle susépineux, associée à un conflit sous-acromial ;

- un rapport du 25 novembre 2015, par lequel le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué à l'OAI que l'état de santé s'était péjoré depuis 2009 (accentuation des polyarthralgies d'origine dégénérative, limitation fonctionnelle importante des deux épaules et douleurs lombaires) et conclu que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité professionnelle ;

- un rapport du 1er décembre 2015 adressé au docteur F_____ par la Dresse B_____, retenant les diagnostics d'obésité morbide, de surcharges mécaniques des avants-pieds, de raideur MPO1, d'hyperlaxité générale, de douleurs fascias et tendons et muscles aux membres inférieurs (fibromyalgie ?), d'arthroses des mains, de colon spastique et d'angiome du foie en 2006. L'assurée avait été licenciée, avec réengagement à 50% en janvier 2016, pour des raisons économiques. Elle voulait réactiver sa demande de rente d'invalidité, car elle disait avoir de plus en plus de difficultés dans son travail, en particulier en raison de douleurs des épaules lors de port de charges lourdes, mais également un peu partout, avec des fatigues générales, un moral en berne et des douleurs dans le pied gauche. L'assurée signalait qu'une fibromyalgie lui avait été diagnostiquée. En 2006, l'assurée avait perdu 35 kg, qu'elle avait repris depuis lors, voire plus. La douleur du pied gauche était située en rétro-malléolaire interne et dans la voûte interne. L'état des pieds ne s'était pas aggravé depuis 2006. Une prise en charge de l'obésité devait être envisagée et un bilan rhumatologique était préconisé ;

- un rapport établi le 21 décembre 2015 par le Dr F_____, retenant les diagnostics de syndrome d'hyperlaxie depuis 2009, de polyarthrose depuis 2009, de conflit sous-acromial gauche et d'arthrose trapézo-métacarpienne plus marquée à droite, jugeant par ailleurs souhaitable l'exercice à 50% d'une activité de couturière, avec différentes tâches de bureau ;

- un rapport du même jour, par lequel le Dr E_____ a fait état de difficultés à la manutention d'objets, ainsi que de douleurs dans les membres supérieurs (épaules et mains) lors de gestes répétés et de port de charges. Il jugeait la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, elle était de 50%, au début ;

- un rapport du 14 janvier 2016, au terme duquel la Dresse B_____ a considéré que, concernant les pieds de l'assurée, sa capacité de travail dans son activité habituelle était de 100% ;

- un avis daté du 2 juin 2016, au terme duquel le docteur G_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a considéré que l'état de santé de

l'assurée était stable depuis 2006, relevant en particulier que la Dresse B_____, dans son rapport du 7 janvier 2016, avait conclu à une capacité de travail de 100% s'agissant des pieds de l'assurée. Le Dr E_____ avait évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%, tandis que le Dr F_____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail. Compte tenu de ces éléments, la situation était inchangée et la capacité de travail de l'assurée dans son poste actuel était entière ;

- une lettre du 30 juin 2016, dans laquelle le Dr F_____ a notamment indiqué que l'assurée souffrait de polyarthrose, particulièrement aux mains, et de douleurs qui se généralisaient aux ports de charges. L'assurée était employée à 50% et ne nécessitait donc pas de mise en arrêt à 50%.

9. Saisie d'un recours de l'assurée contre la décision du 26 août 2016, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) l'a rejeté, par arrêt du 14 août 2017. En substance, la CJAS a retenu que l'assurée travaillait à plein temps en tant que vendeuse et que, dans la mesure où elle était apte à maintenir sa capacité de gain en exerçant son activité habituelle, son degré d'invalidité était nul. Par ailleurs, suite à une IRM lombaire pratiquée en novembre 2015, le Dr D_____ avait conclu à un état de santé stable, tout comme la Dresse B_____. Il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du SMR, à teneur desquelles l'assurée était totalement incapable de travailler en tant que courtepointière, mais conservait une pleine capacité de travail dans une activité de vendeuse, permettant de limiter le port de charges.

10. a. Le 23 juillet 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en lien avec un syndrome d'Ehlers-Danlos (ci-après : SED), tout en précisant qu'elle était suivie depuis novembre 2017 par le docteur H_____, médecin généraliste.

    b. Le même jour, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, dans laquelle elle a invoqué un besoin d'aide pour effectuer 5 actes ordinaires de la vie (se vêtir / se dévêtir ; se lever / s'asseoir / se coucher ; manger ; soins du corps ; se déplacer). Elle a également fait valoir, depuis 2012, un besoin d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, à raison de 15 heures par semaine (pour faire le ménage, les courses, la vaisselle, les travaux administratifs, changer la literie, repasser, étendre le linge, cuisiner et faire les vitres), tout en précisant que l'aide lui était apportée par sa famille, soit sa mère, sa sœur et ses nièces.

11. Par courrier du 30 juillet 2018, l'OAI a invité l'assurée à lui transmettre tout document permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision rendue en août 2016, en l'avertissant qu'à défaut, il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande.

12. Le 10 septembre 2018, le Dr H_____ a rempli un rapport destiné à l'assurance-invalidité (intitulé « feuille annexe pour les personnes impotentes »), dans lequel il a retenu le diagnostic de SED hypermobile. Il a indiqué que l'état de

santé s'aggravait et qu'une aide régulière pour les actes ordinaires de la vie devait être fournie par la mère, les sœurs, le frère, les nièces et des connaissances de l'assurée. Le Dr H_____ a répondu par l'affirmative à la question de savoir si les dates indiquées dans la demande concernant le début de l'incapacité à effectuer les actes ordinaires de la vie lui paraissaient correctes. Le médecin a en outre précisé que l'aide concernait plus particulièrement les courses, le transport, le ménage, la lessive, la vaisselle et les tâches administratives.

13. L'OAI a diligenté une enquête en vue de déterminer le degré d'impotence. Dans son rapport du 5 novembre 2018, faisant suite à une visite au domicile de l'assurée le même jour, l'enquêtrice a exposé que l'intéressée, souffrant d'un SED, vivait seule, dans un appartement de deux pièces situé au premier étage d'un immeuble sans ascenseur.

    S'agissant des actes ordinaires de la vie, l'enquêtrice a estimé que l'assurée n'avait besoin d'aide pour aucun de ceux-ci, sur la base des constatations suivantes :

    - pour se vêtir et se dévêtir : d'apparence soignée, l'assurée pouvait mettre ses vêtements sans aide ; elle devait toutefois prendre son temps, car en raison de son surpoids, elle se fatiguait rapidement. Lors de la visite, l'assurée avait enfilé ses vêtements sans aide. Vivant seule, elle devait s'habiller seule lorsqu'elle se rendait chez le médecin. Pour enlever ses vêtements, l'assurée se débrouillait seule également, bien qu'elle disait avoir des difficultés à se baisser, vu son surpoids.

    - se lever / s'asseoir / se coucher : l'assurée était autonome pour cet acte. En raison de son surpoids, elle devait prendre appui pour se lever et se tenir lorsqu'elle se penchait en avant. Elle pouvait s'asseoir et se relever sans aide, ce qu'elle avait fait à plusieurs reprises durant la visite. En outre, elle se couchait et se couvrait seule.

    - manger (couper les aliments et les porter à la bouche) : l'assurée pouvait manger sans aide à la table de la cuisine. Elle avait les doigts légèrement déformés, en raison d'une polyarthrite, raison pour laquelle elle manquait aussi de force dans les mains. Toutefois, avec un couteau qui coupait correctement, l'assurée pouvait couper seule la nourriture et la manger. L'assurée disait que lorsqu'elle n'avait pas le choix et que sa mère ne lui avait rien préparé, elle pouvait se préparer une petite chose. Cependant, la plupart du temps, elle mangeait des yoghourts ou des salades. Le fait que l'assurée ne cuisinait pas n'était pas retenu sous l'acte ordinaire « manger ». En outre, l'assurée disait qu'elle avait toujours fonctionné ainsi et que sa mère lui préparait à manger depuis toujours. Lorsqu'elle vivait dans le même immeuble, l'assurée allait manger tous les jours chez sa mère.

    - faire sa toilette : l'assurée, qui avait les cheveux très courts, effectuait seule sa toilette du matin et se coiffait sans aide. Elle disait avoir un tabouret sur lequel elle pouvait s'asseoir et prendre son temps pour se laver, sans aide. En raison de

son poids important, elle ne parvenait pas à bien se pencher en avant, de sorte qu'elle se lavait les pieds en les frottant contre une lavette sur le sol. L'assurée ne parvenant pas à se couper les ongles des pieds, c'était sa sœur qui venait les couper. Toutefois, l'enquêtrice ne retenait pas cet acte « dans ces proportions, uniquement pour les ongles des pieds ».

- aller aux toilettes : l'assurée était autonome sur ce point. Elle disait qu'en raison de difficultés, elle devait s'essuyer en passant la main par devant.
- se déplacer (dans l'appartement / à l'extérieur) : l'assurée se déplaçait librement chez elle. À l'extérieur, elle utilisait les transports publics. Elle allait seule à ses rendez-vous médicaux et disait aller tous les 15 jours chez le Dr H_____ pour le suivi de sa maladie. Au moins une fois par semaine, elle se rendait à la Servette pour faire de la physiothérapie et faisait les courses en rentrant.
- entretenir des contacts sociaux : l'assurée ne rencontrait pas de problèmes. Elle disait aller voir régulièrement sa mère dans le quartier de l'hôpital. Elle avait également un ami quelle voyait régulièrement, et elle pouvait contacter sa sœur en cas de besoin.

Au sujet des soins exigés par l'invalidité, l'enquêtrice a noté que l'assurée prenait un traitement (qu'elle suivait sans aide) et qu'elle devait inhaler de l'oxygène trois fois par jour pendant vingt minutes, lorsqu'elle était couchée sur son canapé.

Par ailleurs, l'enquêtrice a nié un besoin d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, sur la base des constatations suivantes :

- gestion du quotidien : l'assurée était complètement autonome pour cet aspect.
- ménage : l'assurée disait que cet aspect lui posait le plus de problèmes. Elle prenait du temps et se fatiguait pour les actes de la vie quotidienne, raison pour laquelle elle n'avait pas assez d'énergie pour les tâches ménagères. Elle indiquait que sa sœur venait lui faire le ménage environ une fois par mois, à fond. Elle disait ne plus pouvoir utiliser un aspirateur, ni se baisser. Le jour de la visite à domicile, l'assurée avait fait sa lessive, qui était suspendue dans la chambre à coucher. L'assurée disposait d'une petite machine à laver le linge dans la salle de bain et c'était sa mère qui lui repassait le linge.
- démarches administratives : l'assurée disait avoir besoin de sa sœur pour le rangement et la gestion administrative, car elle déplorait ne plus pouvoir se concentrer et lire longtemps. Sa sœur venait la voir pour l'administration une fois par mois et elles faisaient le travail ensemble. L'assurée préparait les documents avant l'arrivée de sa sœur ; elle comprenait et participait activement. L'enquêtrice précisait que l'assurée ne travaillait plus depuis deux ans et qu'en décembre 2018, elle serait en fin de droit auprès de l'assurance-chômage.
- alimentation : l'assurée disait manger des plats tout prêts ou ce que sa mère lui avait préparé, qu'elle réchauffait au four à micro-ondes. L'assurée précisait que cela avait toujours été ainsi et qu'elle n'avait jamais cuisiné. Lorsque sa mère

vivait dans le même immeuble, il y a plusieurs années, l'assurée allait déjà manger chez elle. Ce n'était pas en raison de son atteinte à la santé que l'assurée ne cuisinait pas. L'assurée mentionnait que les casseroles étaient trop lourdes. Toutefois, selon l'enquêtrice, il devait encore être possible qu'elle prenne une petite casserole d'eau avec les deux mains.

- hygiène personnelle : coquette, soignée et propre, l'assurée était autonome sur ce point. Par ailleurs, l'assurée devait prendre un traitement, qu'elle gérait sans aide.

- accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile : l'assurée se déplaçait en ville avec les transports publics et se rendait seule à ses rendez-vous médicaux. Une fois par semaine, elle faisait de la physiothérapie à la Servette, et se rendait par ailleurs chez son médecin traitant tous les 15 jours. Par ailleurs, elle était suivie aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour deux hernies digestives ainsi que par un chirurgien de la main, le Dr C_____. L'assurée faisait ses courses avec un caddie, qu'elle tirait. Elle ne pouvait pas acheter trop de choses en même temps, car elle devait monter le caddie sur un étage, son immeuble n'ayant pas d'ascenseur.

- présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque d'isolement durable : l'enquêtrice relevait que l'assurée vivait seule, mais qu'elle avait un réseau autour d'elle, à savoir sa mère, à laquelle elle rendait souvent visite, sa sœur, ses tantes qui venaient d'Italie, des nièces, qui vivaient à Genève, ainsi qu'un ami de longue date.

En conclusion, l'enquêtrice a estimé que le besoin d'aide pour l'administration et le ménage n'atteignait pas deux heures par semaine. L'assurée disait qu'elle aurait besoin d'une femme de ménage deux heures tous les quinze jours. L'enquêtrice a ajouté que si l'assurée ne cuisinait pas, cela n'était pas en lien avec sa maladie, car elle n'avait jamais cuisiné. En conséquence, l'enquêtrice estimait que le droit à l'allocation pour impotent n'était pas ouvert.

14. Le 6 novembre 2018, l'OAI a transmis à l'assurée un préavis de décision, au terme duquel il envisageait de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande. L'office a relevé que, par décision du 26 août 2016, il avait rejeté une précédente demande de prestations. Un nouvel examen ne pouvait être envisagé que lorsque l'assuré rendait plausible que l'état de fait s'était modifié de manière à modifier le droit aux prestations. Or, depuis la dernière décision, l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient significativement modifiées.

15. Le 15 novembre 2018, l'OAI a transmis à l'assurée un second préavis de décision, refusant de lui accorder une allocation pour impotent. L'office a retenu que, selon l'enquête réalisée le 5 novembre 2018, l'assurée était indépendante pour tous les actes ordinaires de la vie, de sorte qu'elle n'avait pas besoin d'une aide régulière d'autrui pour les accomplir. Par ailleurs, l'enquête démontrait également que

l'assurée n'avait pas besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

16. Le 23 novembre 2018, l'assurée a formé opposition contre le préavis du 6 novembre 2018, arguant que son état de santé s'était dégradé depuis sa dernière demande de prestations AI, rejetée en août 2016. À l'appui de son opposition, elle a joint diverses pièces, dont :

    - un rapport établi par le Dr H_____ le 12 septembre 2018, retenant les diagnostics de SED hypermobile (avec troubles de la mobilité et des articulations, déformation des doigts en col-de-cygne et troubles anxieux), de syndrome des jambes sans repos et de hernie ombilicale. Le Dr H_____ y a exposé que : « [l'assurée] est suivie de longue date pour des polyarthralgies d'origine dégénérative, l'ayant menée à de multiples examens et opérations, notamment des mains, dont les limitations fonctionnelles l'ont obligée à renoncer à son activité de courtepointière, depuis plus de 10 ans déjà, se réorientant alors dans la vente et le conseil, activité qu'elle ne parvient également plus à assurer actuellement. Lorsqu'elle est arrivée à ma consultation, aucun diagnostic clair n'avait été posé […]. C'est [sur] conseil d'un ami qu'elle [est venue] me voir pour discuter d'un éventuel SED hypermobile la concernant. Les caractéristiques de ce syndrome sont une hyperlaxité du tissu conjonctif et des articulations. Afin de maintenir les membres dans des positions cohérentes, les patients [étaient] toujours en hyper contraction musculaire. Ce syndrome provoque, entre autres mais principalement, des douleurs articulaires et musculaires invalidantes et des troubles de la proprioception, entraînant une asthénie particulièrement importante. L'hyperlaxité des tissus conjonctifs, identifiable en microscopie électronique, touche aussi les tendons des articulations et probablement également les capsules. Cette atteinte microstructurale, dont la mutation génétique en cause n'est pas encore clairement déterminée, modifie grandement les schémas corporels, avec perturbation de la proprioception. En raison de ces mauvaises informations, les patients SED développent des polyarthralgies et des myosites diffuses, généralement accompagnées d'une fatigue chronique ainsi que de troubles systémiques au niveau de différents organes […]. Il faut noter que souvent, chez les personnes SED, ces symptômes n'[étaient] pas soulagés par des traitements anti-inflammatoires ou opioïdes. Par ailleurs, sans traitement conservateur, il n'est pas rare que les personnes souffrant de SED finissent en chaise roulante. L'évolution des symptômes se fait souvent par crises, fréquemment accentuées par des chocs émotionnels, et dans tous les cas connus à ce jour, va vers une dégradation permanente, plus ou moins rapide […]. L'examen clinique de l'assurée est parfaitement compatible avec un SED hypermobile. Par ailleurs, depuis le début du suivi, j'ai constaté une dégradation conséquente de l'état de santé, une exacerbation des douleurs, rendant la station debout et même assise rapidement intolérable, ainsi que des limitations fonctionnelles très importantes et croissantes. Au niveau des limitations, la patiente se plaint d'un périmètre de marche limité à 100 m, avec la nécessité de s'arrêter et de se reposer. Une position assise peut être maintenue de 5 à 20 minutes, identique pour une position couchée. Les douleurs deviennent insupportables au niveau

du dos et des jambes. En position décubitus, elle ne peut pas rester avec les jambes étendues, ce qui [engendre] des tensions au niveau des cuisses ainsi qu'au niveau du bas du dos. Lors de la montée des escaliers, en raison d'une hyper-extension au niveau de la hanche et du genou, elle se trouve bloquée à plier de nouveau la jambe pour continuer le mouvement. De ce fait, la montée se faisait une marche à la fois. [Pour] la descente des escaliers, elle ne peut que descendre en tenant les jambes tendues, également une marche à la fois, avec en plus le besoin d'utiliser une rampe pour stabiliser ses mouvements et éviter de chuter. La position en orthostatisme est associée à une sensation de déséquilibre de tout le corps. Ce dernier semble partir dans tous les sens, ce qui oblige la patiente à se concentrer pour fixer son corps ainsi que pour réduire les douleurs aigues […]. En position assise, elle est obligée d'avoir un appui dans le dos, voire de mettre ses mains dans le dos pour soulager la douleur […]. Au niveau des mains, des douleurs s'installent progressivement, avec des crampes au niveau de la main et du bras, ainsi que des douleurs au niveau des IPDs et des IPPs. Afin de stabiliser les articulations IPPs, la patiente porte des anneaux de Murphy, pour maintenir les articulations axées sur les doigts. Elle note qu'elle a perdu la sensibilité des doigts, ce qui a aussi perturbé son travail de courtepointière. Sur le plan général, à partir de midi, la patiente ressent une forte asthénie et une exacerbation des douleurs articulaires et musculaires, à tout niveau du corps, avec des bras lourds. De plus en plus souvent, la patiente se retrouve dans l'incapacité de faire sa vaisselle et doit demander de l'aide à sa famille. Le fait de passer l'aspirateur nécessite qu'elle se maintienne aux deux murs, au risque de sentir un lâchage des jambes, avec risque de chute. Elle se sent très rapidement asthénique à faire des petits services elle ne peut suivre son administratif de manière courante et nécessite souvent l'aide de sa sœur pour avancer dans le rangement et l'élaboration de documents administratifs. […] Elle demande également de l'aide à ses nièces pour les courses lourdes, voire même légères en cas de nécessité. En raison de la péjoration de ses symptômes depuis 2015, la patiente [doit] se coucher l'après-midi afin de soulager ses douleurs et récupérer au niveau du sommeil […]. Au vu des répercussions des handicaps, ainsi des critiques des limitations anamnestiques et observées, la patiente nécessite un suivi auprès d'un confrère psychiatre […]. Par conséquent, je confirme l'incapacité professionnelle totale et définitive de [l'assurée] et la justification de la réouverture de son dossier, sur la base de nouveaux éléments concernant sa maladie […] ».

- un rapport adressé le 24 septembre 2018 au Dr H_____ par le docteur I_____, chef de clinique auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), dans lequel on pouvait lire : « l'assurée présente donc des limitations fonctionnelles extrêmement importantes et pour ma part évidentes, en lien avec un terrain d'hypermobilité articulaire certain. Il s'agit d'une patiente qui a tout de même, malgré sa condition, travaillé pendant plus de 30 ans […]. J'organiserai pour [elle] une évaluation des capacités fonctionnelles, sachant qu'au vu de l'examen de ce jour, certaines évaluations ne pourront être effectuées, risquant de la mettre en danger en raison de ses troubles de l'équilibre et de ses difficultés sur le plan locomoteur. En l'état actuel, il me semble évident que la capacité de travail de

[l'assurée] est extrêmement diminuée, voire nulle, dans n'importe quel type d'activité, aussi bien adaptée soit-elle ».

- un rapport intitulé « évaluation des capacités fonctionnelles », rédigé le 1er novembre 2018 par Monsieur J_____, du service ergothérapie du CHUV. Au chapitre des « difficultés annoncées par le sujet dans les activités de la vie quotidienne », il était relevé que l'assurée, habitant au premier étage d'un immeuble sans ascenseur, disait ne pas pouvoir monter les escaliers, sans rampe et sans appui. Elle lâchait les objets qu'elle tenait dans la main. Elle indiquait que toutes les activités lui posaient problème et qu'elle ne pouvait pas les enchaîner. Sa mère et sa sœur l'aidaient pour toutes les tâches de la vie quotidienne. Elle faisait ses courses avec un ami, qui lui portait ses commissions ; elle prenait un caddie mais ne rangeait pas les courses. Elle faisait part de difficultés pour ramasser des objets et se baisser (à cause de ses jambes), ainsi que pour attraper des objets en hauteur (à cause de ses bras). Pour compenser ses limitations, elle utilisait une pince munie d'un long manche. Elle ne faisait pas son ménage, ni la lessive ou la vaisselle. Elle se faisait couper les ongles des pieds et des mains. L'assurée s'habillait seule, assise sur le canapé, en utilisant un chausse-pieds et sans faire ses lacets ; elle ne mettait que des vêtements larges ou élastiques, sans boutons. Elle se réveillait toutes les nuits et faisait de l'oxygénothérapie trois fois par jour (20 minutes). Elle ne faisait plus de shopping et s'énervait rapidement, en raison de ses douleurs.

17. Par avis du 30 novembre 2018, la doctoresse K_____, du SMR, a préconisé un examen rhumatologique, afin de déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

18. Dans une « note de travail » datée du 11 décembre 2018, un gestionnaire de l'OAI a estimé que le rapport du Dr H_____ confirmait les déclarations effectuées par l'assurée lors de l'enquête. Si l'assurée avait des difficultés pour accomplir certains actes de la vie quotidienne, en raison de sa maladie et de son surpoids, elle les faisait néanmoins seule, tous les jours. En outre, il était admis dans l'enquête que l'assurée nécessitait l'aide de sa sœur pour accomplir les tâches ménagères lourdes, une fois par mois, ainsi que pour gérer ses tâches administratives. L'aide pour la préparation des repas n'avait pas été retenue, car l'assurée ne s'était jamais préparé à manger ; le fait de ne pas cuisiner n'était pas en lien avec l'atteinte à la santé. En guise de conclusion, le gestionnaire a écrit : « c'est pourquoi, l'aide globale sur une semaine ne remplit pas les deux heures hebdomadaires nécessaires pour ouvrir droit à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. De plus, sans cette aide, l'assurée ne serait pas placée en institution ».

19. Le 4 février 2019, l'assurée a été examinée par le docteur L_____, médecin auprès du SMR et spécialiste FMH en rhumatologie. Dans son appréciation, ce médecin a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs ubiquitaires touchant les quatre membres et tout le rachis. L'assurée déplorait des capacités très limitées et disait n'accomplir aucune tâche ménagère. L'assurée était capable de réchauffer un repas et de faire des courses très légères. Sinon, elle était aidée par sa famille et un ami.

L'examen clinique témoignait d'un état général conservé, au vu d'une obésité très importante. Il était toutefois constaté une fibromyalgie, ainsi qu'en relation avec le SED hypermobile, des déformations en col de cygne des doigts longs, une faiblesse ligamentaire, des nodules arthrosiques au niveau des 3èmes doigts, ainsi qu'un trouble statique au niveau des genoux (genu valgum en lien avec l'obésité). Il existait par ailleurs une boiterie du côté gauche, et la palpation du rachis était diffusément douloureuse. S'agissant de la capacité de travail, le Dr L_____ a relevé que, sur la base des nouveaux éléments figurant au dossier et de son examen, il concluait à une aggravation de l'état de santé par rapport à la précédente demande. Les troubles dégénératifs avancés affectant les doigts longs, respectivement les troubles dégénératifs modérés affectant le pouce gauche, ainsi que les troubles dégénératifs postérieurs lombaires, n'étaient plus en adéquation avec l'activité antérieure de vendeuse en décoration, pour laquelle une totale incapacité de travail était retenue depuis le mois de mai 2017. La capacité de travail exigible était déterminée par la tolérance mécanique des articulations, touchées par des troubles dégénératifs. Le SED hypermobile, présent de longue date, avait déjà été décrit par le Dr F_____ en 2009, puis repris par la Dresse B_____ en décembre 2015. La situation assécurologique était complexifiée par une intrication de troubles dégénératifs, favorisée par le SED, d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique et d'une obésité marquée. Si la fibromyalgie ne justifiait pas, selon le Dr L_____, d'incapacité de travail, le SED hypermobile et les troubles dégénératifs secondaires justifiaient à son sens une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le Dr L_____ relevait cependant qu'il ne se prononçait que sous l'angle rhumatologique et que, comme le cas était complexe, avec l'intrication d'une fibromyalgie, d'un SED et de troubles dégénératifs articulaires, le dossier devait être retourné à la Dresse K_____, afin qu'elle rédige un rapport final SMR ou complète l'instruction.

20. Par décision du 5 février 2019, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent. Les arguments développés par l'assurée dans son opposition au préavis avaient déjà été pris en compte lors de l'enquête ménagère, de même que par le Dr H_____. Malgré des difficultés pour accomplir certains actes de la vie en raison de sa maladie, l'assurée arrivait à faire les choses seules, tous les jours et dans de bonnes conditions. En outre, il était admis dans l'enquête que l'assurée avait besoin de l'aide de sa sœur, une fois par mois, pour accomplir les tâches ménagères lourdes et pour gérer ses tâches administratives.

21. Par avis du 6 mars 2019, la Dresse K_____ a préconisé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, en vue de déterminer l'impact de toutes les pathologies sur la capacité de travail.

22. Par acte du 8 mars 2019, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 5 février 2019 et à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible, dès le 1er juillet 2017.

Son état de santé s'était progressivement dégradé, au point qu'elle était empêchée de travailler et n'arrivait qu'avec de très grandes difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne. Depuis 2016, c'étaient ses proches - notamment sa mère, sa sœur et un ami - qui devaient s'occuper de son ménage, de ses tâches administratives, de ses repas et de ses courses. Dans sa demande du 24 juillet 2018, elle avait fait valoir un besoin d'aide pour le ménage, qu'elle avait estimé à 15 heures par semaine (pour les courses, la vaisselle, les tâches administratives, le rangement, le changement de la literie, le repassage, la cuisine et les vitres). Dans un rapport du 10 septembre 2018, le Dr H_____ avait confirmé son besoin d'aide et retenu le diagnostic de SED. Le 5 novembre 2018, une enquête ménagère avait été diligentée, qu'elle contestait. Par la suite, l'assurance-invalidité avait rendu un préavis de décision le 15 novembre 2018, puis elle avait été opérée, pour une excision de kyste, liée au SED ; à cette occasion, une destruction articulaire complète avait été constatée. Dans son rapport du 12 septembre 2018, le Dr H_____ avait relevé d'importantes limitations, dont un périmètre de marche limité à 100 mètres, une perte de la sensibilité des doigts, une forte asthénie, des douleurs articulaires et musculaires exacerbées, une incapacité à faire la vaisselle, à passer l'aspirateur, à « suivre son administratif » et à faire les courses, de sorte qu'elle devait demander de l'aide à sa famille. De son côté, le Dr I_____, dans son rapport de septembre 2018 (puis dans un rapport subséquent de novembre 2018), avait fait état de limitations fonctionnelles « extrêmement importantes », en lien avec un terrain d'hypermobilité articulaire. Une évaluation des capacités fonctionnelles avait été réalisée au CHUV, laquelle permettait d'établir l'importance de ses limitations fonctionnelles. Dans un rapport du 3 décembre 2018, le Dr H_____ avait préconisé une opération de sa hernie ombilicale, laquelle avait été réalisée à mi-février 2019, puis, dans une note du 11 décembre 2018, l'intimé avait maintenu sa position.

Elle contestait l'enquête ménagère, relevant que l'enquêtrice avait sous-estimé ses atteintes et ses limitations, en ne mentionnant que son SED, mais pas les comorbidités relevées dans l'évaluation du CHUV du 1er novembre 2018 (opération du kyste ; col de cygnes au niveau des 5 doigts des deux mains ; troubles visuels ; douleurs articulaires et rachialgies ; fatigabilité et asthénie). L'enquêtrice ne s'était pas fondée sur une appréciation complète et au moment de l'enquête, seul figurait au dossier un rapport très succinct du Dr H_____. En outre, l'infirmière avait fondé toute son analyse sur la question du poids, alors que le Dr H_____ et le CHUV avaient relevé une fatigabilité, des douleurs et une asthénie, dues au SED ; ces difficultés et sa fatigue n'étaient pas dues au surpoids, contrairement à ce qu'avait retenu l'infirmière. Par ailleurs, elle jugeait incorrect d'écrire que « ses doigts [étaient] légèrement déformés », car il s'agissait d'une déformation importante. La recourante contestait ce qu'avait consigné l'infirmière au sujet de l'acte « manger », arguant qu'elle avait mentionné dans le formulaire un besoin d'aide pour couper certains aliments (viande ou légumes crus) et que, s'il était vrai qu'elle mangeait régulièrement chez ses parents avant l'aggravation de son état de

santé (la famille occupait le même immeuble jusqu'en 2015), elle cuisinait lorsqu'elle était seule ou qu'elle avait des invités. Au demeurant, le raisonnement de l'infirmière la pénalisait, car malgré le fait qu'elle ne cuisinait pas, l'infirmière avait écarté tant l'acte « manger » que le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il résultait des constatations de l'enquêtrice, du Dr H_____ et du CHUV qu'elle ne pouvait faire le ménage et qu'elle faisait des efforts importants pour effectuer les actes de la vie quotidienne ; dans son rapport de septembre 2018, le Dr H_____ avait souligné l'importance de ses atteintes des mains et son besoin d'aide pour les courses, le ménage, la lessive, la vaisselle et les tâches administratives. De plus, selon le rapport d'évaluation du CHUV, si elle pouvait s'habiller seule moyennant d'importants efforts, elle avait besoin d'aide pour mettre ses habits de contention ; lorsque sa mère ne pouvait l'aider, elle ne les mettait pas. Elle estimait que l'enquêtrice ne l'avait pas interrogée de manière complète sur son quotidien, ce qui lui aurait permis d'apprendre des points essentiels. Elle ne pouvait faire que de petites courses telles qu'acheter du pain, alors que le reste était géré par ses proches, notamment un ami. Au demeurant, l'enquêtrice avait sous-estimé la situation s'agissant du ménage ; sa mère et sa sœur passaient tout le week-end à faire le ménage et venaient chez elle lorsqu'elles le pouvaient, une fois par mois, ce qui représentait deux fois 16 heures de travail par mois ou 8 heures par semaine. Dans le formulaire de demande d'allocation, elle avait estimé son besoin d'aide à 15 heures par semaine. Si elle avait répondu qu'elle aurait besoin d'une femme de ménage 2 heures tous les 15 jours, c'était parce qu'elle s'était appuyée sur son expérience passée ; en effet, à l'époque où elle travaillait encore, elle faisait appel à une personne qui faisait un peu de ménage pour la soulager. Toutefois, cette personne se limitait à passer l'aspirateur, à faire la poussière et à passer la serpillère ; elle ne s'occupait pas du reste du ménage, qui était déjà assumé par ses proches. C'était également à tort que l'enquêtrice avait retenu qu'« une petite casserole d'eau prise avec les deux mains [devait] encore être possible », car elle ne pouvait pas cuisiner, ce dont il fallait tenir compte s'agissant de l'accompagnement. Il ressortait à ce propos du rapport d'enquête et du dossier qu'elle ne pouvait pas couper certains aliments et porter des choses, au risque de les lâcher et de se blesser. Les rapports qu'elle avait produits démontraient qu'elle présentait une déformation des doigts et une destruction articulaire complète, avec une perte de la sensibilité des doigts. La recourante en concluait que le rapport d'enquête du 5 novembre 2018 devait être écarté. Tel était également le cas du complément du 11 décembre 2018. En effet, l'enquêtrice avait seulement fait référence au rapport détaillé du Dr H_____, en passant sous silence les autres documents médicaux, de sorte qu'elle s'était prononcée sur le base d'un dossier incomplet. Dans ce complément, l'enquêtrice retenait que la sœur faisait les tâches ménagères lourdes une fois par mois, ce qui était faux ; c'était sa sœur et sa mère qui faisaient pratiquement la totalité du ménage, venaient quand elles le pouvaient environ une fois par mois, mais passaient 16 heures à deux pour faire tout le travail. L'enquêtrice avait donc sous-estimé l'aide reçue pour le ménage et les tâches

administratives. Quant aux repas, c'était à tort qu'elle avait considéré que l'impossibilité de cuisiner n'était pas en lien avec ses atteintes à la santé. En définitive, dès lors qu'elle était incapable de faire face aux nécessités de la vie, telles que la gestion de ses affaires administratives, mais également d'assumer son ménage, son repas et ses courses, ce qui représentait manifestement plus de deux heures hebdomadaires, un besoin d'accompagnement devait lui être reconnu et, partant, le droit à une allocation pour impotent de degré faible.

23. Dans sa réponse du 3 avril 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante, qui sollicitait le versement d'une allocation pour impotent de degré faible en raison d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, contestait la valeur probante de l'enquête ménagère ; elle considérait notamment que ses atteintes n'avaient pas toutes été prises en compte par l'enquêtrice et que cette dernière avait sous-estimé l'aide apportée par ses proches. L'intimé relevait que si l'enquêtrice n'avait mentionné que le diagnostic de SED, elle avait toutefois précisé pour chaque rubrique quelles limitations pouvaient concrètement entrer en considération et leurs répercussions sur les différents actes. En outre, l'enquêtrice avait tenu compte des rapports versés au dossier, dont celui établi par le Dr H_____ le 10 septembre 2018. Quant au rapport de ce même médecin du 12 septembre 2018 et ses annexes, il n'apportait pas d'éléments susceptibles de modifier l'appréciation de l'enquêtrice. En effet, comme cela ressortait de la note de travail de l'office du 11 décembre 2018, le rapport détaillé du Dr H_____ confirmait les dires de la recourante lors de la visite au domicile ; cette note retenait que si l'assurée avait des difficultés pour accomplir certains actes de la vie, en raison de sa maladie et de son surpoids, elle les accomplissait néanmoins seule et dans de bonnes conditions. De plus, il était admis dans l'enquête que l'assurée nécessitait l'aide de sa sœur pour accomplir les tâches ménagères lourdes une fois par mois, ainsi que pour gérer ses tâches administratives. Globalement, l'aide apportée n'atteignait pas les deux heures hebdomadaires permettant de retenir un besoin d'accompagnement et sans cette aide, l'assurée ne serait pas placée en institution. Le rapport d'enquête du 5 novembre 2018 remplissait toutes les exigences prescrites par la jurisprudence en matière de valeur probante, de sorte qu'il n'y avait en principe pas lieu de s'en écarter. La décision attaquée devait être maintenue.

24. La recourante a répliqué le 27 mai 2019, persistant dans ses conclusions. En se limitant à citer sa note de travail du 11 décembre 2018, l'office ne répondait pas aux arguments qu'elle soulevait. En outre, l'enquête ménagère reposait sur une instruction médicale incomplète, l'office ayant décidé, le 8 mars 2019, de diligenter une expertise pluridisciplinaire pour clarifier son droit aux prestations. Il ressortait de diverses attestations annexées à ses écritures qu'elle devait être aidée pour la quasi-totalité de ses tâches ménagères, administratives, pour les repas et les courses. En particulier, une attestation de son ergothérapeute démontrait qu'une aide d'au moins 3 heures par semaine lui était nécessaire, soit plus que les 2 heures

permettant de reconnaître le caractère régulier du besoin d'accompagnement. Elle a joint :

- un avis de sortie émanant des HUG, dont il ressort qu'elle a été opérée, le 18 février 2019, d'une hernie ombilicale ;
- une attestation datée du 16 mars 2019 et signée par Monsieur M_____, stipulant : « […] [je] soussigné M_____ atteste par la présente effectuer les tâches ménagères listées ci-dessous pour [l'assurée], car compte tenu de son état de santé qui s'aggrave, elle ne peut plus les assurer depuis plusieurs années. Je vais plusieurs fois par semaine apporter mon aide à [l'assurée], qui est une amie de longue date. Mon aide est essentielle et j'y consacre plusieurs heures par semaine (estimation ci-dessous). Tâches effectuées : effectuer les courses (2h par semaine) ; rangement et divers (2h par semaine) ; préparation des repas (3h par semaine) ; trier et évacuer les déchets ménagers (1h par semaine). Tot[al] : 8h […] » ;
- une attestation datée du 25 mars 2019 et signée par Madame N_____, dans laquelle on pouvait lire : « je soussignée, N_____ […], retraitée, atteste par la présente effectuer pour ma fille les tâches suivantes : ménage de tout l'appartement (avec ma fille O_____), enlever la poussière sur tous les meubles et les objets, faire l'aspirateur, panosser, nettoyer toute la salle de bain (toilettes, douche, lavabo, catelles, machine à laver, meubles et accessoires) et la cuisine (évier, cuisinière, catelles, frigo, meubles, appareils ménagers, etc.), changer les draps du lit, etc ; lessive des draps et tout éventuel habit volumineux ; repassage ; grandes courses (papier toilette, produits d'entretien, boissons, etc). En effet, ma fille ne pouvant pas effectuer toutes ces tâches de manière autonome à cause de son état de santé, je l'aide environ une fois par mois pour qu'elle puisse vivre convenablement. Le temps que je consacre représente environ 16h par mois, cependant il serait nécessaire d'y aller plus fréquemment. Je tiens également à mentionner qu'elle vient régulièrement me rendre visite. Par la même occasion, elle mange avec moi et je lui prépare des Tupperware avec les restes du repas. N'arrivant pas à porter une casserole, ces repas lui permettent de manger plus sainement. De plus, une fois par année, ma fille O_____ et moi-même allons faire le « ménage de printemps ». En plus du ménage habituel, nous nettoyons derrière les meubles, les vitres, les stores et les lampadaires, lavons les rideaux, nettoyons et trions dans les armoires […] » ;
- une attestation datée du 20 mai 2019 et signée par Madame P_____, ergothérapeute à domicile, dont ressortaient les passages suivants : « […] le Dr H_____ a prescrit une ordonnance d'ergothérapie le 29 avril 2019. Après trois visites à domicile, […] [v]oici un complément d'observation lié à ses handicaps. [La] marche : [l'assurée] marche lentement en s'inclinant latéralement, alternativement à droite et à gauche, et cherche des appuis aux murs et aux meubles. À l'extérieur, elle rase les murs en cas de perte d'équilibre (recherche en cours de moyens auxiliaires à la marche pour les trajets de distance moyenne). Les déplacements sont extrêmement lents et fatigants. Lorsqu'elle doit transporter des documents, [l'assurée] se fait accompagner par quelqu'un de sa famille (l'utilisation d'un moyen auxiliaire pour les plus longs trajets serait nécessaire).

Les escaliers sont franchis […] marche par marche, en se tenant d'une main à la rampe. L'absence de celle-ci augmente le risque de chute. [L'assurée] se tient au mur et prend appui sur les boites aux lettres. L'accès aux poubelles est plus risqué (seulement possibilité d'appui au mur) avec 7 marches. La station debout est réduite à environ 15 minutes. La position assise sur une chaise standard n'est confortable qu'au tiers antérieur pour avoir appui sur ses pieds. Assise au fond du siège, l'appui sur le dossier standard est inconfortable en raison de sa cyphose. Quelle que soit la façon dont [l'assurée] est assise, elle a besoin d'un appui pour se lever. Les mains : [l'assurée] porte des attelles aux doigts, sous forme d'anneaux, limitant les déformations en col de cygne, elle a peu de force au niveau des doigts, poignets et autres articulations des membres supérieurs. Elle porte de faibles charges, inférieures ou égales à 3 kg aux deux mains. [L'assurée] lâche souvent les objets, ayant une hyposensibilité des deux mains. Habillage : [l'assurée] porte des collants de contention, si elle les enfile seule avec beaucoup de difficultés, par manque de force, elle blémit, signe de fatigabilité. L'enfile-bas de contention, de bonne qualité, ne supplée pas ses handicaps. Porter son collant de contention se réalise seulement en présence d'une tierce personne. Un certain nombre de tâches d'hygiène et habillage s'effectuent sur son canapé en se contorsionnant, afin de ne pas se faire mal. Hygiène : l'accès à la douche représente actuellement un risque de chute. [L'assurée] se hisse dans la douche en se tenant à la tuyauterie et se tient debout contre le mur pour se doucher. Dans le passé, elle a utilisé un tabouret, type marche-pied, devenu trop bas pour se relever. Celui que nous avons utilisé, à une hauteur correspondant à sa stature, s'est avéré peu fonctionnel, en raison du besoin d'appui. L'ajout d'une ou deux poignées, nécessaires, est difficile dans la configuration des murs et des deux parois coulissantes. [L'assurée] est très coopérante, dit mettre beaucoup de temps pour se doucher, se préparer (toute une matinée) et être très fatiguée après. Elle peut faire ces soins, en l'absence de rendez-vous après. L'alimentation : la faiblesse de la force des mains et les troubles de [la] sensibilité ont pour conséquence de lâcher les objets, risque de coupure, de brûlure. Ces difficultés et la station debout réduite rendent la préparation et la finition des repas non réalisable. Ce sont les raisons pour lesquelles [l'assurée] est dépendante d'une tierce personne pour préparer les repas. Sa famille assure cette tâche, sa mère a également une santé fragile. Le ménage est aussi réalisé par la famille, ainsi que l'aide à la gestion administrative. Accès à son appartement : présence de 6 marches (sans main courante) et d'un étage sans ascenseur. Lorsqu'elle revient de ses achats, avec un petit caddie, elle se met en danger pour les hisser chez elle. Souvent, elle se fait aider par les autres locataires ou personnes de passage dans l'immeuble. Conclusion : [la] préparation des repas, les achats, l'accompagnement pour certains déplacements, le ménage, la gestion administrative sont assurés actuellement par la famille, dans la limite de leurs disponibilités, en raison des faibles revenus de [l'assurée]. Les aides pour le ménage, et la gestion administrative une fois par mois est vraiment un minimum. Antérieurement, l'expérience a montré, lorsqu'elle avait les ressources financières pour avoir de l'aide dans ces tâches, qu'elle a besoin d'au moins 3h par semaine pour pallier ses différents handicaps, ce qui déchargerait en partie la famille. La dépendance aux aides est bien en

lien avec l'augmentation progressive de ses handicaps. La présence d'une tierce personne quelques heures par semaine prolonge l'accès à son appartement, ainsi qu'un aménagement de sa douche (douche à l'italienne), avec un siège rabattable et une ou deux poignées ou barre d'appui dans une autre configuration. D'avance, je vous remercie de votre lecture attentive et vous saurais gré de reconsidérer les conclusions du rapport de la première expertise […] ».

25. L'intimé a dupliqué le 18 juin 2019, persistant dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Il ne ressortait du rapport d'examen rhumatologique du Dr L_____ aucun élément qui permettrait de modifier l'appréciation de l'office au sujet de l'enquête du 5 novembre 2018. S'agissant des pièces produites par la recourante, notamment l'avis de sortie des HUG et le courrier de l'ergothérapeute, l'intimé relevait que la légalité d'une décision s'appréciait, en règle générale, au moment où elle avait été rendue. L'ergothérapeute avait relevé que la recourante portait des collants de contention, qu'elle pouvait enfiler seule, mais avec de grandes difficultés, de sorte qu'elle ne le faisait qu'en présence d'une tierce personne, et qu'elle effectuait certaines tâches d'hygiène et d'habillage sur son canapé en se contorsionnant, afin de ne pas se faire mal. L'intimé faisait toutefois remarquer que selon l'enquête, la recourante pouvait mettre et enlever ses vêtements sans aide, même si elle devait prendre son temps en raison de son poids important. La recourante n'avait vraisemblablement pas mentionné le port de bas de contention durant l'enquête. Seul l'examinateur du SMR, qui avait examiné la recourante postérieurement à la décision attaquée, avait noté que des habits de contention avaient été prescrits par le Dr H_____ et que l'intéressée avait besoin de sa mère pour les mettre. S'agissant de l'acte se lever / s'asseoir / se coucher, l'ergothérapeute avait mentionné que la recourante avait besoin d'un appui pour se lever ; ce constat avait également été fait par l'enquêtrice, laquelle avait néanmoins précisé que la recourante était autonome pour cet acte. Quant aux déformations des doigts en « col de signe », l'enquêtrice en avait également tenu compte, puisqu'elle avait relevé, s'agissant de l'acte manger, que la recourante avait les doigts légèrement déformés en raison d'une polyarthrite et qu'elle manquait de force dans les mains. S'agissant de l'aide pour la préparation des repas, elle n'entrait pas dans le cadre des actes ordinaires de la vie, mais dans celui de l'accompagnement durable. S'agissant de l'acte faire sa toilette, l'ergothérapeute avait mentionné « actuellement » un risque de chute, alors que l'enquêtrice avait relevé que la recourante se débrouillait sans aide pour sa toilette du matin, pour se coiffer, et qu'elle utilisait un tabouret pour prendre sa douche seule, ce qui n'entrait pas en contradiction avec la description de l'ergothérapeute, la situation ayant potentiellement évolué postérieurement à la décision attaquée. S'agissant des déplacements, l'enquêtrice avait relevé que la recourante se déplaçait librement chez elle et qu'elle pouvait se rendre sans aide à ses rendez-vous médicaux. S'agissant enfin du besoin d'aide pour l'administration et le ménage, l'enquêtrice avait relevé qu'il n'atteignait pas deux heures par semaine, que la recourante aurait besoin d'une femme de ménage deux heures par semaine et que le fait de ne pas

cuisiner n'était pas en lien avec sa maladie, puisqu'elle n'avait jamais cuisiné. En ce qui concernait enfin les différentes attestations produites par la recourante, émanant notamment de sa mère, de sa sœur et d'un ami, l'intimé estimait qu'il n'en ressortait aucun élément propre à remettre en question l'évaluation de l'enquêtrice.

26. La CJCAS a entendu les parties en audience, le 7 octobre 2019. Elles se sont exprimées comme suit :

Les parties :

« Nous confirmons que l'expertise pluridisciplinaire qui avait été préconisée par le SMR dans son avis du 6 mars 2019 a eu lieu entre temps, un rapport d'expertise ayant été rendu récemment - dont le conseil de la recourante n'a pas encore eu connaissance -, mais il débouchera sur un complément d'expertise dans un domaine supplémentaire, soit la neuropsychologie, l'examen de ce volet devant intervenir le 9 décembre 2019 ».

La mandataire de la recourante : « Je précise que, ma cliente étant suivie psychiatriquement depuis le printemps 2019, soit peu après le dépôt du recours, un examen neuropsychologique a effectivement été pratiqué sur demande de son psychiatre, soit la doctoresse Q_____. Le rapport nous est parvenu la semaine dernière. Je dispose d'une copie de celui-ci que je me propose de verser à la procédure en en remettant copie immédiatement à l'OAI ».

La représentante de l'intimé : « Je prends possession de ce rapport et il sera évidemment soumis au SMR, et fera partie du dossier qui sera transmis à l'expert chargé de l'examen neuropsychologique. À moins que le SMR considère ce rapport comme suffisant et propre à éviter un nouvel examen. Je tiendrai la chambre de céans informée, de même que la partie recourante ».

La mandataire de la recourante : « Au vu du document que j'ai versé à la procédure et du service dans lequel cet examen a eu lieu, je me pose la question de savoir si du côté de l'AI, ce rapport ne suffirait pas pour compléter l'expertise, et ainsi faire l'économie du complément d'expertise, pour en tenir lieu. Ceci dit, je ne m'oppose pas à ce que la présente procédure soit suspendue jusqu'à la fin de l'instruction sur expertise ».

La représentante de l'intimé : « J'observe que l'on doit distinguer les deux types de procédure (demande de prestations, rente et éventuelle MOP d'une part et demande de prestations d'impotence d'autre part). L'instruction de chacun de ces deux aspects suit chacun ses propres règles, de sorte que, à notre sens, l'objet de la présente procédure dépend de l'examen de la valeur probante de l'enquête par la spécialiste qui est allée sur place pour déterminer les éléments propres à l'examen du degré d'impotence. L'expertise en cours ou à aboutir prochainement me paraît essentiellement concerner la procédure relative à la capacité de travail. Et par conséquent, la suspension de cette procédure-ci dans l'attente du résultat de l'expertise ne paraît pas utile ».

La mandataire de la recourante : « Dans la mesure où il est précisément critiqué dans le cadre du recours, le fait que la spécialiste ayant procédé à l'enquête à domicile n'avait pas pris en compte tous les aspects médicaux, et que d'un autre côté l'OAI prétend dans ses écritures que tous les aspects médicaux ont été pris en compte par la spécialiste, j'y vois une incohérence ou une contradiction manifeste puisque le SMR à l'époque même des décisions dont celle objet du recours a considéré comme nécessaire de mettre en place l'expertise pluridisciplinaire dont nous attendons le résultat. En d'autre terme, l'existence de cette procédure d'expertise démontre bien que le dossier médical n'est pas encore complet, d'où l'idée d'attendre le résultat de l'expertise pour qu'une appréciation bien documentée puisse être faite. Ceci dit, j'aimerais verser à la procédure des documents médicaux complémentaires et je souhaiterais à cette fin pouvoir disposer d'un délai, mais préalablement je souhaiterais poser quelques questions à ma mandante ».

La recourante : « Sur question de mon conseil qui me demande ce qu'il en est de l'incidence de mon surpoids sur les difficultés que je rencontre à accomplir les actes de la vie quotidienne, surpoids mis en avant dans le rapport d'enquête, je précise que j'ai de tout temps eu une corpulence forte, mais à l'époque, je pouvais tout faire. C'est de fait l'aggravation de mon état de santé qui est à l'origine de mes difficultés. J'en veux d'ailleurs pour preuve que depuis février-mars de cette année, après que j'aie été notamment opérée d'une hernie ombilicale, j'ai perdu 15 kilos environ, mais cela ne me permet pas de m'acquitter de mes tâches et de l'accomplissement des actes de la vie de façon améliorée. Je précise aussi que j'ai pu perdre ce poids grâce au traitement spécifique d'antidépresseurs que la psychiatre m'a prescrits.

Je fais observer à la chambre de céans que je porte des orthèses aux deux mains : ce ne sont pas des bagues que je porte à chaque doigt, mais un dispositif qui permet d'atténuer la déformation des doigts, et de contenir une dégradation naturelle qui serait pire sans ces dispositifs : en effet, je n'ai pratiquement plus de cartilage dans les doigts, voire dans la main, de sorte que si je ne disposais pas de ces orthèses, y compris pour rigidifier et soutenir l'ensemble et le poignet, je risquerais à tout moment des fractures. En plus, ayant une peau très fine en raison du syndrome dont je suis atteinte, notamment, j'ai une allergie qui m'empêche actuellement de pouvoir bien supporter l'orthèse de la main gauche, mais un dispositif dans un silicone spécial est en train d'être mis au point.

Pour répondre à votre question, ce dispositif d'orthèse ne me permet pas d'améliorer ma capacité de prendre et porter des objets. En effet, cela m'est pratiquement impossible car à n'importe quel moment un objet que je tiendrais dans la main tombe sans que je ne puisse m'y attendre.

À la demande de mon conseil, j'aimerais dire à cette chambre que si l'on me voit bouger sans cesse, que ce soit les mains ou l'ensemble du corps, ce n'est pas par manque de respect, mais par nécessité ou parce que cela est irrépressible pour moi. C'est notamment parce que si je ne bougeais pas comme cela, j'aurais beaucoup de

peine à me remettre en route après avoir été assise et immobile après un moment prolongé.

S'agissant du déroulement de ma semaine-type, je décris : le mardi en fin de matinée j'ai une séance de physiothérapie. Mes rendez-vous sont pris au plus tôt en fin de matinée en raison de mes difficultés de mise en route le matin et de ma grande fatigue l'après-midi. Le mercredi, je vais consulter le Dr H_____, précisant que ces semaines-ci, ce sont des consultations régulières, en raison de mon état actuel, mais il y a des périodes où la fréquence de ces consultations est moindre. Le jeudi, je vois ma psychiatre et le vendredi je fais une séance de physio en piscine au centre de Cressy. Je réserve le lundi aux aspects administratifs. S'agissant de ma toilette, je prends ma douche quotidiennement sans aide, mais des dispositions sont en cours pour l'obtention de moyens auxiliaires. Je me lave également les cheveux, mais je le fais le dimanche par rapport au temps que cela me demande. Je n'ai pas besoin d'aide pour ma toilette, mais cela implique environ trois heures pour une douche en m'appuyant contre le mur, ce qui explique les heures auxquelles sont fixés les rendez-vous à l'extérieur. Je précise encore comme cela ressort d'ailleurs du dossier, que dans mon planning journalier, je dois prévoir trois séances d'oxygénation à raison d'une demi-heure chacune et trois litres par minute ».

À l'issue de l'audience, la CJCAS a fixé à l'OAI un délai pour se déterminer sur le rapport d'examen des HUG du 24 septembre 2019, respectivement à la recourante pour produire une écriture et des pièces complémentaires.

27. Dans le rapport d'examen neuropsychologique des HUG du 24 septembre 2019, que la recourante a produit à l'audience, le docteur R_____, médecin adjoint, ainsi que Madame S_____, psychologue, ont conclu à un déficit attentionnel important, à un déficit mnésique affectant la mémoire antérograde verbale, à des troubles des fonctions exécutives affectant la capacité de planification et d'inhibition, à une fatigabilité importante, à un score significatif pour l'anxiété et très significatif pour deux échelles de dépistage du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (ci-après : TDAH). Bien que des troubles attentionnels, mnésiques et exécutifs avaient été décrits pour le SED, l'intensité du tableau neuropsychologique et les échelles de dépistage suggéraient un possible TDAH surajouté. Ils préconisaient une évaluation spécialisée pour le TDAH, afin de préciser le diagnostic et débuter un éventuel traitement.

28. Par pli du 14 octobre 2019, l'intimé a informé la CJCAS qu'il disposait de suffisamment d'éléments pour statuer dans le cadre de la procédure relative au droit à la rente, de sorte qu'il avait finalement renoncé à effectuer un complément d'expertise.

29. Le 16 décembre 2019, la recourante a indiqué que l'intimé, dans un préavis de décision daté du 28 octobre 2019, lui avait reconnu une totale incapacité de travail et partant, le droit à une rente d'invalidité dès le 1er janvier 2019. Elle a réaffirmé que les conclusions et les limitations retenues au moment de l'enquête résultaient

d'une instruction lacunaire, de sorte que cette enquête ne revêtait aucune valeur probante. Par ailleurs, au vu de son état de santé et de ses limitations, elle avait déposé une demande de moyens auxiliaires en novembre 2019, appuyée par son ergothérapeute, ainsi que par le Dr H_____ et la FSCMA. Elle se déplaçait avec un déambulateur et le Dr H_____, dans un nouveau rapport annexé à ses écritures, avait fait état de difficultés de préhension et de temps de repos « quasiment impossibles » en raison des douleurs. Les rapports qu'elle produisait concouraient à démontrer que les conclusions de l'enquête étaient invraisemblables et qu'elle nécessitait une aide excédant deux heures par semaine, de sorte qu'un besoin d'accompagnement devait lui être reconnu. La recourante a joint un nouveau bordereau de pièces, comprenant notamment :

- un avis médical daté du 15 octobre 2019, par lequel la doctoresse T_____, du SMR, a conclu qu'elle était totalement incapable de travailler dans l'économie libre, au vu notamment de ses atteintes, ressortant d'une expertise du CEMed, mais également de ses limitations somatiques et psychiques. Par ailleurs, dans la mesure où un bilan neuropsychologique avait déjà été effectué en septembre 2019, la réalisation d'un tel examen était inutile ;
- un préavis de décision du 28 octobre 2019, par lequel l'intimé lui a reconnu une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle dès le mois de mai 2017. Le droit à la rente entière d'invalidité naissait le 1er janvier 2019, six mois après le dépôt de la demande ;
- un rapport rédigé le 13 novembre 2019 par l'ergothérapeute, Mme P_____, en lien avec une demande de moyens auxiliaires (marchepied, siège de douche, automatisation de la porte d'entrée de l'immeuble, déambulateur et scooter à 4 roues) ;
- un rapport du Professeur U_____, angiologue auprès des HUG, faisant état d'un lipoedème et d'une infiltration adipeuse importante au niveau des cuisses ainsi que des membres inférieurs ;
- un rapport établi le 9 décembre 2019 par la Dresse Q_____, retenant les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1), d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (F90). La recourante souffrait depuis son jeune âge d'un trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, qui avait été diagnostiqué en septembre 2019. Ce trouble avait largement contribué aux conclusions d'une expertise multidisciplinaire (rapport du 29 août 2019), concluant à une incapacité de travail totale, pour des causes psychiques et physiques (SED). Ses observations cliniques confirmaient la persistance de difficultés invalidantes pour l'autonomie et le fonctionnement au quotidien, malgré des soins réguliers. En raison de ses troubles psychiques, la recourante avait besoin de l'aide de professionnels et de ses proches pour organiser sa journée, ses traitements médicamenteux, pour ses démarches administratives et financières, ainsi que pour ses travaux ménagers et les soins. La psychiatre soutenait la demande d'allocation pour impotent, relevant que la recourante

avait besoin d'une aide régulière d'au moins 2 heures par semaine, et dans l'idéal, de 4 heures par semaine (deux fois 2 heures par semaine) ;

- un rapport rédigé le 11 décembre 2019 par le Dr H_____, répondant à un questionnaire que lui avait adressé l'avocate de la recourante. Ce médecin y a fait état d'un SED hyperlaxe, d'un syndrome d'activation mastocytaire (SAMA), d'un lipoedème douloureux, de troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité, ainsi que de troubles du sommeil « majeurs ». S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée, vu ses douleurs, ne pouvait maintenir la position assise au-delà de 10 à 20 minutes. En raison de son déconditionnement physique, elle déambulait avec les jambes tendues et déportait de manière importante son bassin afin de faire avancer ses jambes. Elle présentait des difficultés pour la préhension des objets fins et ne pouvait tenir ses pinces manuelles. Le repos était pratiquement impossible, en raison des douleurs articulaires ainsi que de douleurs liées au lipoedème. La concentration était restreinte, dans le contexte du trouble de déficit de l'attention, et la recourante présentait, durant les séances, des « coups de fatigue » avec fermeture des yeux, liés à ses troubles du sommeil et à ses douleurs. L'obésité ne constituait pas un facteur limitant, car malgré la perte d'une vingtaine de kilos, l'intéressée demeurait objectivement dans le même état clinique. S'agissant de la gestion des tâches administratives, le Dr H_____ relevait qu'il avait pu constater, au contact de la patiente, qu'elle nécessitait constamment une organisation de ses documents personnels et de ses tâches administratives ; les limitations étaient liées au trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité. À la question de savoir si la recourante pouvait gérer son ménage seule, le Dr H_____ répondait que, selon les indications de la patiente et les observations faites au cabinet, elle ne parvenait pas à assumer son ménage et délaissait ces tâches à sa famille, qui l'aidait chaque semaine. Les douleurs chroniques et le trouble de déficit de l'attention ne permettaient pas à l'assurée d'assumer ces tâches de manière autonome. Il en allait de même des courses et de la préparation des repas ;

- un rapport daté du 12 décembre 2019 et signé par la doctoresse V_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de MD Consultation, répondant au questionnaire adressé par l'avocate de la recourante. La recourante était suivie au sein de MD Consultation depuis le 4 novembre 2019, où un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité lui avait été diagnostiqué. Les limitations liées à cette atteinte étaient une faible capacité de concentration, ainsi que des difficultés de planification et d'organisation des tâches quotidiennes. Jusqu'à présent, l'assurée avait dépendu de l'aide de ses proches pour gérer ses tâches administratives. L'assurée présentait une fatigue en lien avec ses douleurs chroniques, directement causées par le SED, mais aussi avec ses limitations touchant la concentration et la planification. L'examen neuropsychologique avait mis en évidence une fatigabilité importante, étant précisé que ces troubles psychiques pouvaient s'inscrire dans le cadre du SED ;

- un rapport non daté, signé par Madame X_____, physiothérapeute, dans lequel on pouvait lire : « je suis actuellement [la recourante] depuis le 7 juin 2019 à raison d'une

fois par semaine en piscine uniquement […]. Il m'est difficile d'estimer ce qu'elle est capable de faire en autonomie à domicile, je pense que la physiothérapeute qui la suit à sec pourrait plus vous aider. Néanmoins, je ne suis pas d'accord avec le rapport de l'enquêtrice de l'AI. Concernant l'aspect "structurer ses journées, gérer ses traitements, effectuer les démarches administratives", sa psychologue et le médecin pourraient vous aider. Concernant les travaux ménagers, ils sont impactés par sa maladie, qui entraîne une dégénérescence des tissus conjonctifs, ce qui inclut les fibres musculaires. Dans mon bilan initial, j'ai estimé qu'il y avait une perte de force globale […]. Elle semble présenter également une atteinte de ses tissus au niveau de la peau, ce qui entraîne des douleurs diffuses superficielles. Elle présente également une atteinte ligamentaire, ce qui se manifeste par une instabilité de toutes les articulations, particulièrement les doigts, les poignets et les genoux. Toutes ces atteintes vont évoluer dans le temps en se péjorant. Limitations fonctionnelles : toutes les activités répétitives en endurance sont impactées, également [celles] nécessitant le port de charges (incluant les tâches ménagères, la cuisine, etc). Concernant la fatigue, la patiente est très fatigable psychiquement et physiquement, elle a une capacité de concentration très limitée […] ».

30. Par écriture du 14 janvier 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. L'argumentation soulevée par la recourante ne suffisait pas à ôter toute valeur probante au rapport d'enquête. L'enquête effectuée à son domicile recensait les difficultés rencontrées pour chaque acte et tenait compte des informations qu'elle avait données. L'enquêtrice, spécialisée dans ce type d'examen, avait établi un rapport complet, développant de manière circonstanciée les différentes rubriques. Les pièces médicales produites par la recourante ne remettaient pas en cause cette appréciation.

    L'intimé a joint un nouvel avis du SMR, dans lequel la doctoresse Y_____ estimait que les rapports produits à l'appui du recours n'amenaient pas d'élément nouveau. Le SMR avait retenu une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le mois de mai 2017 et aucun argument médical ne permettait de retenir une aggravation manifeste de l'état de santé depuis lors. Lors de l'enquête de novembre 2018, les limitations fonctionnelles que présentait la recourante représentaient bien son état de santé « actuel ». Il n'y avait pas lieu de s'éloigner des conclusions de l'enquête : l'assurée n'était pas institutionnalisée. Pour les actes ordinaires de la vie, elle pouvait se déplacer librement, prendre ses médicaments, se vêtir se déplacer et manger seule (même si les repas étaient préparés par sa mère depuis toujours ou achetés), de même qu'effectuer sa toilette et sa lessive seule. Elle nécessitait de l'aide de sa famille pour son ménage et les tâches administratives, mais ces actes n'atteignaient pas deux heures par semaine. Enfin, la Dresse Y_____ relevait que l'assurée avait pu partir quelques jours en vacances en 2018 et 2019, en prenant l'avion. Les constatations effectuées lors de l'enquête étaient en accord avec les pathologies de l'assurée et les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Elles

tenaient compte de la fatigabilité physique et psychique de l'assurée, ainsi que de ses troubles cognitifs.

31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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 de la Cour de justice 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.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

5. Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42bis est réservé (al. 1er). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

   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). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). 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 n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (art. 42 al. 3 LAI).

   Selon l'art. 37 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), il y a impotence de degré 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 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 RAI.

Il y a impotence de degré moyen (art. 37 al. 2 RAI) si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (au moins quatre, selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 8009); 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 d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI.

6. Selon le ch. 8010 CIIAI, les actes ordinaires de la vie les plus importants se répartissent en six domaines :

   - se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever) ;
   - se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter) ;
   - manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde) ;
   - faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain / se doucher) ;
   - aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle / vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes) ;
   - se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux).

   Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ch. 8011 CIIAI ; ATF 117 V 146 consid. 2). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ch. 8026 CIIAI). 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_168/2011 du 27 décembre 2011

consid. 3.6 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 25/85 du 11 juin 1985 consid. 2b, in RCC 1986 p. 509).

S'agissant plus particulièrement de l'acte ordinaire « manger », il y a impotence, selon le ch. 8018 CIIAI, lorsque la personne assurée ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui (arrêt du Tribunal fédéral 8C_728/2010). Tel est le cas lorsque l'assurée peut certes manger seule mais ne peut pas couper ses aliments elle-même, lorsqu'elle ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'elle ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (ATF 121 V 88).

7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 130 V 61 consid. 6.2 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2).

8. a. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'enquête du 5 novembre 2018, a nié le droit de la recourante à une allocation pour impotent. De son côté, l'intéressée conteste la valeur probante de cette enquête. Elle fait notamment grief à l'enquêtrice d'avoir écarté la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie et expose que ses proches (sa mère, sa sœur, ses nièces et un ami) lui prodiguent une aide excédant deux heures par semaine pour faire les courses, le ménage, ainsi que pour cuisiner et gérer ses affaires administratives.

b. L'art. 38 al. 1 let. a RAI prévoit que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 2.2). Le ch. 8053 CIIAI prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de

trois mois. L'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI couvre notamment l'assistance d'un tiers pour les travaux ménagers. Cette assistance comprend les activités telles que cuisiner, faire les courses, faire la lessive et le ménage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.3 et la référence).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, la nécessité de l'aide d'une tierce personne doit être examinée de manière objective, en se fondant sur l'état de santé de la personne assurée, si bien qu'il s'agit de trancher le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide d'un tiers. L'environnement dans lequel l'assuré se trouve n'est donc, en principe, pas déterminant. L'assistance qu'apportent concrètement les membres de la famille à l'assuré a trait à l'obligation de diminuer le dommage, soit une circonstance qui ne doit être examinée que dans une seconde étape (arrêts 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.2 et 9C_410/2009 du 1er avril 2010 consid. 5.1). Dans le cadre de l'art. 38 al. 1 let. a RAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne, c'est-à-dire de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1).

c. Dans le cas particulier, il ressort du dossier et du rapport d'enquête que la recourante est empêchée, en raison de limitations liées notamment au SED (manque de force dans les mains, perte de sensibilité, déformation des doigts nécessitant le port d'orthèses, asthénie, douleurs articulaires, difficultés pour la marche et les montées-descentes d'escaliers, etc.), de faire le ménage, qui est effectué par sa sœur. Le repassage est effectué par sa mère, tandis que le rangement est effectué par sa sœur, laquelle l'aide également à effectuer ses tâches administratives. L'enquêtrice a ajouté que les repas étaient préparés par la mère (bien qu'elle ait refusé de tenir compte de cet aspect-là, arguant que cela avait été le cas de tout temps). Par ailleurs, selon les pièces produites par la recourante, une aide complémentaire est fournie par l'un de ses amis, lequel fait notamment les courses avec elle. À ce stade, il convient de préciser que ni la mère, ni la sœur, ni l'ami de la recourante, ne cohabitent avec cette dernière. La nécessité d'une aide pour l'accomplissement des tâches ménagères et administratives a été attestée de manière unanime par les thérapeutes consultés, notamment par les Drs H_____ et Q_____, ainsi que par l'ergothérapeute. Dans sa note du 11 décembre 2018, l'intimé a lui-même relevé, en se référant au rapport d'enquête, que la recourante avait besoin d'aide pour accomplir ses tâches ménagères et administratives. Il est donc établi au degré de la vraisemblance prépondérante que, pour les travaux

ménagers et administratifs, auxquels s'étend l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI (dans la mesure où ceux-ci ne font pas partie des actes ordinaires de la vie selon l'art. 9 LPGA en relation avec l'art. 37 RAI ; ATF 133 V 450 consid. 9 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1), la recourante nécessite l'assistance de tiers, à défaut de quoi elle ne pourrait très vraisemblablement pas vivre de manière indépendante.

d. L'enquêtrice a toutefois estimé que le besoin d'aide pour les tâches ménagères et administratives n'atteignait pas deux heures par semaine - et ne revêtait donc pas un caractère régulier -, parce que l'assurée aurait déclaré, pendant l'enquête, « qu'elle aurait besoin d'une femme de ménage deux heures tous les quinze jours ». La chambre de céans constate que cette affirmation, non étayée, ne suffit pas à écarter la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. En effet, bien que l'enquêtrice ait constaté dans son rapport que la recourante avait besoin de l'aide de ses proches pour accomplir ses tâches ménagères et administratives, elle n'a fourni aucune indication chiffrée sur le temps dévolu par les proches pour réaliser les tâches en question, de sorte que sa conclusion - selon laquelle le besoin d'aide de la recourante à cet égard n'atteindrait pas deux heures par semaine - ne repose sur aucune motivation circonstanciée. Par ailleurs, en déclarant à l'enquêtrice qu'elle aurait besoin d'une femme de ménage « deux heures tous les quinze jours », la recourante semble avoir exprimé le souhait de bénéficier des services d'une femme de ménage en sus (et non en remplacement) de l'aide qui lui est déjà fournie par ses proches, comme cela a été le cas par le passé. Du reste, il y a lieu de rappeler que dans la demande de prestations déposée en juillet 2018, qui contient les premières déclarations de la recourante à cet égard - en principe déterminantes (ATF 121 V 45 consid. 2a) -, l'intéressée a signalé un besoin d'aide sensiblement supérieur à 2 heures par semaine, à savoir 15 heures par semaine. Les attestations fournies par l'ergothérapeute et la Dresse Q_____ plaident également en faveur d'un accompagnement régulier, puisqu'elles certifient un besoin d'aide excédant le seuil de 2 heures par semaine évoqué par l'intimé. Partant, la conclusion de l'enquêtrice, selon laquelle « le besoin d'aide pour l'administration et le ménage ne rempl[it] pas les deux heures par semaine », ne saurait être entérinée. S'agissant enfin du fait que, comme le relève l'intimé dans sa note du 11 décembre 2018, la sœur de la recourante fasse le ménage et assiste cette dernière pour ses travaux administratifs à un rythme mensuel plutôt qu'hebdomadaire, il ne revêt pas une portée déterminante, dès lors que l'on ne saurait raisonnablement faire dépendre l'octroi de l'allocation pour impotent des disponibilités de la sœur.

e. En tout état de cause, pour le motif suivant, il n'est pas nécessaire de déterminer plus exactement le temps consacré par les proches pour assister la recourante dans ses travaux ménagers et administratifs. Dans un arrêt 9C_1056/2009 du 10 mai 2010, le Tribunal fédéral a jugé, dans le cas d'un assuré qui - à l'instar de la recourante - dépendait de l'aide de tiers pour effectuer ses

travaux ménagers et administratifs, qu'une telle assistance représentait, selon l'expérience générale de la vie, un investissement temporel de plus de deux heures par semaine, de sorte qu'il fallait admettre que l'aide nécessitée revêtait un caractère régulier (consid. 4.3 de l'arrêt précité). Dans un arrêt 9C_18/2008 du 19 décembre 2008, le Tribunal fédéral a considéré, dans le cas d'une assurée qui avait besoin d'un accompagnement pour effectuer toute activité en-dehors de son domicile, qu'au regard de l'expérience générale de la vie, un besoin d'aide d'au moins deux heures par semaine était donné (quand bien même les juges cantonaux zurichois avaient relevé que l'assurée ne se rendait chez son médecin de famille qu'une fois par mois et ne quittait que rarement son domicile, soit moins de deux heures par semaine en moyenne). Dans le cas particulier, un besoin d'aide d'au moins deux heures par semaine pour l'accomplissement des travaux ménagers et administratifs peut - comme dans l'arrêt 9C_1056/2009 précité - être admis, ceci non seulement sur la base de l'expérience générale de la vie, mais également des indications figurant dans la demande du 23 juillet 2018 et des pièces fournies à l'appui du recours. Il en résulte que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré faible, conformément aux art. 37 al. 3 let. e et 38 al. 1 let. a RAI.

f. S'agissant enfin des actes ordinaires de la vie (se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir et se coucher ; manger ; faire sa toilette ; aller aux toilettes ; se déplacer), l'enquêtrice a estimé que l'assurée n'avait besoin d'une aide régulière pour aucun de ceux-ci. Cette appréciation n'est pas sérieusement remise en question par la recourante, laquelle se limite en substance à faire valoir qu'elle ne peut pas cuisiner et qu'elle aurait besoin d'aide pour couper certains aliments (viande ou légumes crus), comme elle l'a indiqué dans sa demande. En outre, la recourante relève que sa mère doit l'aider à mettre ses habits de contention.

À cet égard, la chambre de céans rappelle, d'une part, que l'acte ordinaire « manger » ne recouvre pas le fait de cuisiner. En effet, cette tâche ne fait pas partie des fonctions partielles énumérées au chiffre 8010 CIIAI, à savoir apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, la réduire en purée et l'absorber par sonde. Lorsqu'un assuré est empêché d'accomplir ses travaux ménagers, notamment de cuisiner, il en est tenu compte dans le cadre du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (art. 38 al. 1 let. a RAI), lequel a précisément été retenu en l'espèce. D'autre part, dans la mesure où la recourante fait valoir des difficultés à couper la viande et les légumes crus, il convient de relever que, selon la jurisprudence, il n'y a pas d'impotence dans les cas où un assuré n'a besoin de l'aide directe d'autrui que pour couper des aliments durs, car de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours et l'assuré n'a donc pas besoin de cette aide de façon régulière ni dans une mesure considérable (arrêts du Tribunal fédéral 8C_30/2010 du 8 avril 2010 consid. 6 et 9C_791/2016 du 22 juin 2017 consid. 4.3). Partant, il convient d'admettre que la recourante n'a pas besoin d'aide pour accomplir l'acte ordinaire « manger » visé par l'art. 37 RAI.

Enfin, la question de savoir si un besoin d'aide doit être retenu pour l'acte « se vêtir et se dévêtir », compte tenu du fait que la recourante allègue avoir besoin de sa mère pour enfiler ses habits de contention, peut être laissée ouverte. En effet, même si l'on voulait retenir un besoin d'aide pour cet acte, cela ne suffirait pas à modifier l'étendue de l'impotence, qui demeurerait quoi qu'il en soit de degré faible. Une impotence de degré moyen ne pourrait être envisagée, selon l'art. 37 al. 2 RAI, que si la recourante nécessitait - en sus du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie - une aide régulière pour accomplir deux actes ordinaires de la vie, ce qui doit être exclu en l'espèce.

9. Il reste à déterminer quand naît le droit à l'allocation pour impotent de degré faible. La recourante requiert l'octroi de cette prestation dès 1er juillet 2017.

a. En vertu de l'art. 42 al. 4 LAI, la naissance du droit à l'allocation pour impotent est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1. Ce renvoi résulte d'une inadvertance survenue lors de la 5ème révision de l'AI et concerne en réalité l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Il en résulte que le droit à l'allocation pour impotent ne peut pas naître avant l'échéance d'une année à compter de la survenance de l'impotence (ATF 137 V 351 consid. 4 et 5, p. 356 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2017 du 28 septembre 2017 consid. 3.1 ; Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 72 p. 622).

À teneur de l'art. 35 al. 1 RAI, 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.

Selon la CIIAI (ch. 8092 et 8095 ss), le droit aux prestations en raison d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne peut prendre naissance qu'à l'issue du délai d'attente d'une année. Cette règle s'applique par analogie avec l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Le délai d'attente court dès que le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est établi.

Si la demande d'allocation pour impotent a été déposée tardivement, c'est-à-dire plus de douze mois après la naissance du droit, l'allocation ne peut en principe être accordée rétroactivement que durant douze mois au maximum à compter du dépôt de la demande (VALTERIO, op. cit. n. 72 p. 622). En effet, l'art. 48 al. 1 LAI précise que si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA n'est allouée que pour les douze mois précédant la demande.

b. En l'espèce, la demande d'allocation pour impotent ayant été déposée en juillet 2018, les prestations pourraient être allouées, au plus tôt, dès le 1er juillet 2017 (art. 48 al. 1 LAI), pour autant que le délai d'attente d'un an soit échu à ce moment-là (art. 42 al. 4 LAI).

Tel est bien le cas. Dans sa demande d'allocation pour impotent, la recourante a fait valoir un besoin d'accompagnement existant depuis 2012. Le rapport d'enquête ne

précise pas depuis quand le besoin d'accompagnement existe, et le Dr H_____ est le seul médecin à avoir répondu à une question portant sur le début de l'impotence. Dans son rapport du 10 septembre 2018, ce médecin a confirmé la « date » indiquée dans la demande concernant le début de l'incapacité à effectuer les actes ordinaires de la vie, mais tout en énumérant une série de tâches qui se rapportent en réalité au besoin d'accompagnement pour faire aux nécessités de la vie, au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI (aide pour les courses, le transport, le ménage, la lessive, la vaisselle et les tâches administratives). Aussi, conformément aux indications figurant dans la demande concernant un besoin d'accompagnement depuis 2012, confirmées par le Dr H_____, et en l'absence d'autres documents se prononçant sur le début de l'impotence, il convient de retenir qu'au 1er juillet 2017, le délai d'attente d'un an était échu, de sorte que le droit à l'allocation pour impotent naît à cette date (art. 42 al. 4 et 48 al. 1 LAI ; art. 35 al. 1 RAI).

10. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 5 février 2019, annulée. Il sera dit que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré faible depuis le 1er juillet 2017.

11. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

12. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 5 février 2019.
3. Dit que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré faible, dès le 1er juillet 2017.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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