

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 avril 2021

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 48 LAI ; 38 RAI

E n f a i t :

A. a) R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, au bénéfice d'une formation d'assistante médicale, était employée en qualité de secrétaire médicale pour le compte de la société W. _____ SA, à [...]. Elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 19 avril 2004 en raison d'une maladie inflammatoire chronique atteignant les articulations et les muscles (y compris l'appareil digestif), présentant des incapacités de travail depuis le mois de septembre 2003. Une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et neurologique) du 16 août 2004, mise en œuvre par l'assurance perte de gain, a mis en évidence une discordance entre les multiples plaintes de l'assurée et les constatations cliniques objectives tant somatiques que psychiques. Hormis une épilepsie myoclonique juvénile prise en charge au CHUV et dont l'intéressée avait arrêté spontanément le traitement au début 2004, elle ne présentait aucune atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité.

Par décision du 4 avril 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles, sur la base d'une capacité de travail et de gain de 100 %, et ce, dans toute activité.

b) Le 7 août 2006, R. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (reclassement dans une nouvelle profession ou rente) en raison d'« agoraphobie, crise de panique » (depuis mars 2005), de « fibromyalgie » (depuis juillet 2004) et de « hernie cervicale C5-C6 » (depuis avril 2006).

Dans le cadre de son instruction, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise somatique et psychiatrique de l'assurée au J. _____ (J. _____) de [...]. Dans leur rapport du 17 août 2007, complété le 12 octobre 2007, les experts ont retenu le diagnostic incapacitant de trouble panique avec agoraphobie (ICD-10 F40.01) chez une personnalité à traits hystériques et dépendants (datation difficile, mais en tout cas 2005), ainsi

que ceux, sans répercussion sur la capacité de travail d'épilepsie myoclonique juvénile, d'obésité morbide, d'eczéma topique et exogène, de protrusion discale paramédiane gauche C5-C6, sans évidence de compression radiculaire, ainsi que de fibromyalgie présente depuis 2002. Sur le plan psychique, l'assurée n'était pas capable de s'adapter à son environnement professionnel. L'incapacité de travail était complète depuis mars 2005. Sur le plan somatique, l'activité habituelle demeurait exigible à plein temps. De l'avis des experts, il convenait de poursuivre le traitement « psychopharmacologique et psychothérapique » avec la précision que, même en cas d'amélioration symptomatique suffisante, des mesures de réorientation et de réadaptation professionnelle seraient nécessaires.

Par décision du 2 mai 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité pour des motifs psychiatriques, avec effet au 1^{er} mars 2006.

c) La révision du droit à la rente a été initiée par l'OAI au mois de mars 2009. Sur le formulaire idoine, complété le 13 mars 2009, indiquant une incapacité totale de travail depuis le 11 mars 2005, l'assurée a annoncé être affectée par une agoraphobie ainsi que par une légère aggravation des crises d'angoisse en raison de ses soucis de santé et d'une opération ayant suscité une insécurité totale.

Par lettre du 19 mars 2009, l'OAI s'est adressé à l'assurée comme il suit :

“Madame,

Lors des révisions, nous examinons non seulement le maintien du droit, mais également le droit éventuel à d'autres prestations AI.

Outre les mesures de réadaptation et les rentes, l'AI peut également accorder une allocation pour impotent, notamment aux personnes qui ont besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les actes courants de la vie.

Ces actes sont :

- se vêtir, se dévêtir

- se lever, s'asseoir, se coucher
- manger (*apporter les aliments au lit, couper les aliments, porter les aliments à la bouche, aliments spéciaux*)
- faire sa toilette
- aller aux toilettes (*mettre en ordre les habits - laver le corps/contrôler la propreté - aller aux toilettes de manière inhabituelle*)
- se déplacer, établir un contact avec l'entourage.

Il peut y avoir impotence lorsque l'assuré a besoin :

- d'une aide régulière quotidienne et importante d'autrui pour accomplir tout ou partie des actes ordinaires précités.
- de façon permanente de soins particulièrement astreignants nécessités par son état de santé. Il faut entendre par là des prestations d'aide médicale ou sanitaire à fournir non passagèrement, mais pendant une période assez longue.
- d'une surveillance personnelle permanente s'il ne peut être laissé tout seul toute la journée à cause de son état.
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie lorsque l'assuré ne vit pas dans un home. Il peut exister lorsque, en raison d'une atteinte à la santé, l'assuré ne peut vivre à la maison de manière indépendante, avoir des activités et entretenir des contacts sociaux à l'extérieur ou éviter un isolement durable du monde extérieur sans l'accompagnement d'une tierce personne.

Il y a également impotence lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, l'assuré ne peut entretenir des contacts sociaux (*lecture, écriture, visite à des tiers, fréquentation de concerts ou autres manifestations, etc.*) que grâce à d'importants services fournis de façon régulière par des tiers.

Si vous jugez utile que nous examinions votre droit éventuel, vous pouvez remplir la demande d'allocation pour impotent annexée. Pour les actes nécessitant une aide, vous voudrez bien préciser depuis quelle date elle est nécessaire et en quoi elle consiste.

Sans nouvelles de votre part dans les 30 jours, nous en déduisons que vous ne jugez pas utile que nous examinions votre droit actuellement. Vous pourrez bien sûr intervenir ultérieurement lorsque vous estimerez que les conditions du droit pourraient être réalisées."

Aucune suite n'a été donnée à ce courrier.

Après avoir recueilli des renseignements sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée auprès de ses médecins traitants, l'OAI a, par

communication du 12 juillet 2010, maintenu le droit à la rente entière d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %.

L'assurée a repris une activité lucrative le 3 octobre 2011 en qualité d'assistante médicale d'abord à 100 %, puis 80 % dans le cadre du traitement d'une endométriose de stade IV.

d) Une nouvelle révision d'office du droit à la rente a été initiée en date du 1^{er} février 2012.

A partir du mois de janvier 2012, plusieurs interruptions de travail ont été justifiées en raison d'importantes douleurs abdominales sanctionnées par une intervention chirurgicale réalisée par le Professeur S._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, nécessitant une hospitalisation du 10 au 14 avril 2012 et justifiant une incapacité de travail de 100 % du 2 avril au 31 mai 2012, de 60 % du 1^{er} au 30 juin 2012, puis de 50 % dès le 1^{er} juillet 2012.

Par courrier du 28 juin 2013 à l'OAI, l'assurée a expliqué avoir été victime, le 7 juin 2013, d'un accident de voiture (collision par l'arrière) qui a entraîné un coup du lapin et des cervico-brachialgies intenses du côté droite. La poursuite du travail avait été interrompue.

e) Au mois de septembre 2013, l'OAI a initié une troisième révision de rente.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a recueilli un rapport d'expertise neurochirurgicale confié au Centre d'expertises pluridisciplinaires de la Clinique [...] par l'assureur responsabilité civile A._____. Dans ce rapport du 2 juillet 2014, l'expert a retenu, en lien de causalité avec l'événement du 7 juin 2013, le diagnostic de contusion des muscles cervicaux et a considéré que le *statu quo ante* était atteint le 19 septembre 2013, à savoir trois mois et douze jours après l'accident.

L'OAI a fait réaliser, par son Service médical régional (SMR), un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée. Dans leur rapport du 26 novembre 2014, les experts du SMR ont retenu les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- Trouble de la personnalité hyperthymique à traits phobiques et obsessionnels (F61).
- Trouble panique avec agoraphobie, d'intensité légère (F40.01).
- Cervicobrachialgies G [gauches] dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après discectomie cervicale antérieure, foraminotomie C5-C6 bilatérale et mise en place d'une cage. M 54.2

- sans répercussion sur la capacité de travail

- Fibromyalgie. M 79.0.
- Lombalgies chroniques persistantes et sciatalgies G intermittentes dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'un kyste de Tarlov lombaire anamnestique. M. 54.4.
- Discret hallux valgus bilatéral.
- Obésité avec BMI [Body Mass Index] à 38.
- Douleurs abdominales dans le cadre d'un status après plusieurs interventions chirurgicales abdominales pour endométriose et après hystérectomie.
- Asthme allergique anamnestique.
- Status après eczéma atopique et exogène.
- Intolérance anamnestique au lactose.
- Suspicion clinique de récurrence post-chirurgicale du tunnel carpien G et syndrome du tunnel carpien D [droit].
- Status après fracture du tibia G.
- Status après multiples entorses des chevilles.”

Au final, les experts du SMR ont retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis mars 2005, et de 50 %, depuis le 18 juillet 2014, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiatriques et somatiques. Ils ont précisé qu'il était possible que le cas n'était pas encore stabilisé du point de vue rhumatologique compte tenu de l'annonce par l'assurée, lors du second examen psychiatrique, d'une nouvelle opération prévue le 9 janvier 2014 au niveau de la nuque.

Après avoir complété l'instruction auprès des médecins consultés par l'assurée (notamment rapport du 8 février 2017 d'IRM [imagerie par résonance magnétique] de la cheville mettant en évidence une fracture non déplacée de la malléole de la cheville droite), l'OAI a fait le point de situation pour évaluer le potentiel de réadaptation de l'assurée. On extrait notamment le passage suivant du rapport (« MNR - Rapport initial RAR ») du 17 mars 2017 consécutif à un entretien par téléphone du jour précédent entre un psychologue à l'OAI et l'assurée :

“2. Quotidien / Activités

Situation actuelle ? Difficultés ? Situation familiale ? Structure de la journée ? Liens sociaux ? Activités (culturelles, sportives, bénévoles, autre) ? Loisirs ?

L'assurée ne peut plus s'occuper de son ménage. L'entretien est actuellement assuré par le Centre médical social (CMS), à raison de deux fois par semaine pendant deux heures.

L'assurée s'occupe des commissions, elle les fait par internet. Les achats sont livrés devant la porte.

Les repas sont préparés le soir par son époux. A midi, ce sont les parents de l'assurée qui habitent dans l'appartement à côté qui lui amènent à manger. Lorsqu'ils sont absents pour des vacances, par exemple, l'assurée se contente d'un yogourt, pain ou fruit.

Le matin, c'est le mari qui prépare le petit-déjeuner avant de partir au travail.

Avant la péjoration de son état de santé de cette année, c'est l'assurée qui préparait les repas du soir. Mais, nous précise-t-elle, cela en fonction des jours, car son état subi de[s] variations : les jours où elle ne se sentait pas bien, c'est son mari qui s'en occupait.

L'assurée a des contacts réguliers avec ses parents qui l'aident beaucoup.

Son cercle d'amis est très restreint, car il lui est très difficile de pouvoir s'engager pour répondre à une invitation ou inviter chez elle du fait de son état de santé fluctuant et de ses douleurs. En plus, elle ne [se] sent pas comprise dans ses difficultés en cas de devoir annuler une sortie ou rendez-vous.

3. Quotidien / Gestion des émotions, des situations difficiles (conflits) et du stress

Qu'est-ce qui la met en difficulté ? Comment réagit-elle en cas de difficultés ? Ressources actuelles pour aller de l'avant ?

L'assurée se dit émotionnellement soutenue par ses parents et son mari. Depuis que sa thérapeute a pris sa retraite, elle n'a plus de suivi thérapeutique. Elle ne se sent pas la force pour investir un nouveau médecin. Mme R. _____, estime que ne [se] sentant pas déprimée, mais plutôt fortement angoissée en raison des douleurs, elle ne voit pas en quoi une thérapie pourrait l'aider.

Mme R. _____ souffre beaucoup d'anxiété et ne se sent en sécurité que chez elle. Sa peur profonde est de rester paralysée en dehors de chez elle si sa jambe ne répond plus. Cela lui est déjà arrivé de devoir appeler de l'aide en pleine rue pour pouvoir rentrer chez elle.

L'assurée n'ose même plus aller à la poste, car, selon ses dires, elle peut rester bloquée complètement.
Mme R._____ vit difficilement cette situation, mais au même temps, reste très peu optimiste par rapport à ses moyens pour pouvoir changer la situation."

Dans le cadre de son évaluation du potentiel de réadaptation (ressources, freins), le psychologue à l'OAI a décrit une assurée qui était pleine de bonne volonté. Son parcours professionnel attestait que, malgré ses atteintes d'ordre physique et psychique graves et diverses, l'intéressée avait toujours essayé de travailler dans l'économie ou d'exercer une activité occupationnelle au cours des périodes sans travail. Malgré ses efforts, il ne lui avait pas été possible d'occuper une place de travail plus que quelques mois, étant toujours rattrapée par une nouvelle péjoration de son état de santé. Après l'examen clinique au SMR, elle n'avait finalement pas été opérée de la nuque (ses médecins ayant pu guérir la crise inflammatoire). En revanche, elle avait été opérée en urgence à la fin juillet-début août 2015 de deux hernies lombaires. Depuis cette dernière intervention, l'assurée faisait part d'une péjoration progressive de son état de santé jusqu'au début de l'année 2017, avec une nouvelle aggravation depuis lors.

Dans un rapport du 12 juin 2017 adressé à la Dre F._____, la Dre B._____, cheffe de clinique à la consultation du Service de médecine génétique du CHUV, a posé les diagnostics principaux de troubles sensitivomoteurs post-traumatique du membre inférieur droit (en cours d'investigation) et de neuropathies des petites fibres. Cette médecin a constaté la présence de myalgies associées à une neuropathie des petites fibres et des atteintes pluri-systémiques non spécifiées hormis quelques opacités cristallines. Elle disait par ailleurs avoir été frappée par l'hyperlaxité présentée, s'interrogeant quant à la présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos.

Aux termes d'un rapport du 27 juillet 2017, reçu le 15 août 2017 par l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, consulté le 19 juillet 2017 par l'assurée, a posé les diagnostics suivants :

- Syndrome d'Ehlers-Danlos (forme articulaire)
- Troubles sensitivomoteurs post-traumatique du membre inférieur D avec composante fonctionnelle et SP [status post] cure de hernie discale L3-L4 et L4-L5 en 2015
- Hémisynndrome sensitif D ; hémiparésie faciale G récidivante d'origine fonctionnelle probable
- Syndrome radiculaire irritatif C6 G sur hernie discale C5-C6 traitée par discectomie, foraminotomie C5-C6 et mise en place d'une cage Stone en février 2014
- Endométriose avec SP hystérectomie et annexectomie en 2011
- Obésité de stade I
- Canal carpien G anamnestique avec décompression du nerf médian en 2008, syndrome du canal carpien D anamnestique
- Notion d'épilepsie myoclonique juvénile bénigne
- Fracture de la malléole postérieure de la cheville D en janvier 2017
- Tendinopathie du tendon d'Achille G et fasciite plantaire G en juillet 2016
- Recto-sigmoïdopexie, adhésiolyse et exploration décompression du nerf obturateur G avec résection d'une lésion kystique nécrotique de la région ovarienne D en 2012
- Otoplastie en 1992 (oreilles décollées)
- App[endicite] dans l'enfance
- Intolérance anamnestique au lactose et à la caséine
- Allergie aux pollens (graminées, arbres, plantes herbacées), aux oléagineux, aux acariens, au blé."

On extrait notamment ce qui suit de la rubrique « rappel anamnestique » de ce rapport :

“Dans les AVQ [activités de la vie quotidienne] Mme R._____ a beaucoup de difficulté à peler les légumes, tels que pomme de terre ou carottes, et elle n'arrive pas à peler les coings. Elle effectue ces tâches de façon très fractionnée. Elle s'occupe de la cuisine, de la lessive et du ménage, selon sa capacité du moment. Son mari s'occupe du repassage.

Mme R._____ bénéficie déjà de nombreuses orthèses et moyens de contention, notamment une ceinture lombaire, une ceinture scapulaire, des gants de compression, ainsi que des coussins et une demande de fauteuil roulant électrique est en cours auprès de l'Al. Elle bénéficie également de supports plantaires. Son domicile est accessible par 5 marches à l'entrée, après quoi tout se trouve au rez-de-chaussée pour elle. Son mari a un bureau au 1^{er} étage. [...]”

Le Dr X._____ a confirmé le diagnostic d'un syndrome d'Ehlers-Danlos évoqué par sa consœur du CHUV. Cliniquement, il retrouvait effectivement une hyper-mobilité articulaire avec un score de Beighton à 8/9 (tenant compte du fait que l'assurée pouvait

habituellement poser les mains à plat en flexion antérieure du tronc, en dehors d'une contracture de la musculature para-vertébrale lombaire).

Par communication du 16 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'un fauteuil roulant électrique comme moyen auxiliaire à la suite de sa demande déposée le 15 août 2017.

L'OAI a maintenu le droit à la rente entière versée, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, depuis le 1^{er} mars 2006 (communication du 27 novembre 2017).

B. Le 16 mars 2018, R._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent, en raison principalement d'un syndrome Ehlers-Danlos articulaire.

Après s'être renseigné auprès des médecins consultés par l'assurée, l'OAI a fait réaliser une enquête le 12 septembre 2018 au domicile de l'assurée afin d'évaluer son droit à une allocation pour impotent. Le rapport établi le 20 septembre 2018 a retenu un besoin d'aide, fourni par le mari et les parents, pour accomplir les deux actes ordinaires « 4.1.4 Faire sa toilette » et « 4.1.6 Se déplacer ». Les moyens auxiliaires étaient les suivants : « coussin ergonomique, lit adapté en hauteur, fauteuil roulant, barre d'appui, orthèses et semelles plantaires ».

Par projet de décision du 6 novembre 2018, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une allocation pour impotent de degré faible à domicile dès le 1^{er} mars 2017 compte tenu de la demande tardive.

Les 9 et 29 novembre 2018, l'assurée a fait part à l'OAI de son désaccord sur l'évaluation de son degré d'impotence, en ajoutant avoir besoin d'aide pour les actes : se vêtir et faire sa toilette (douche et cheveux), les déplacements, les repas (une logopédiste de la Clinique [...] à [...] avait constaté une probable paralysie des muscles sterno-cleido-

mastoïdiens et de la mastication), le ménage, ainsi que pour uriner (auto-sondage).

Dans le questionnaire pour la révision du droit à la rente complété le 9 décembre 2019, l'assurée a fait part d'une aggravation de son état de santé.

Les 12 juin 2019 et 22 juin 2020, l'assurée a bénéficié, comme moyens auxiliaires au sens de l'assurance-invalidité, de la prise en charge d'un fauteuil roulant manuel, d'une aide électrique pour la propulsion, ainsi que d'un lit électrique. Une demande pour une rampe de seuil lui a été refusée le 17 juillet 2019 par l'OAI.

Suivant le point de vue du SMR (avis du 28 avril 2020), l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique, psychiatrique, orthopédique et de médecine interne) au Centre médical d'expertises K. _____ SA, à [...]. Concernant l'allocation pour impotent, les experts ont confirmé un besoin d'aide régulier et important pour accomplir les actes « faire sa toilette » et « se déplacer », en l'occurrence une aide pour se coiffer, effectuer certains gestes d'hygiène, et prendre un bain. Ils ont également constaté que les déplacements à l'extérieur nécessitaient un transport spécialisé souvent couchée (l'intéressée tolérait la position assise en voiture une heure au maximum).

Pour l'acte « se vêtir et se dévêtir », il est écrit que l'assurée est capable de s'habiller dans le bon ordre (sous-couches avant couches principales) et dans le bon sens (envers/endroit). Il est indiqué qu'elle utilise des habits faciles à enfiler, des robes larges, son armoire restant ouverte de sorte qu'elle peut accéder à ses vêtements plus facilement. Elle parvient en général à enfiler ses habits, en l'occurrence une robe, mais a besoin systématiquement de l'aide de son époux pour enfiler le bas de soutien dont elle bénéficie sur prescription médicale.

Pour l'acte « se lever, s'asseoir et se coucher », il est écrit que l'intéressée arrive à accomplir les transferts seule la plupart du temps (passage fauteuil roulant-lit, fauteuil roulant-fauteuil-canapé) en recourant parfois à une aide extérieure.

Pour l'acte « manger », il est écrit que l'assurée est capable de couper ses aliments, porter les aliments à la bouche, prendre ses repas à table, et utiliser de façon conventionnelle un couteau et une fourchette.

Pour l'acte « aller aux toilettes », il est indiqué que l'intéressée se transfère sur les WC seule (en faisant usage des poignées et appuis adéquats), elle peut s'essuyer seule, elle gère seule la plupart du temps les auto-sondages nécessitant parfois la présence d'une tierce personne en raison des risques de blessure pour l'urètre. Aussi, elle parvient à rester seule à domicile et à gérer les sphincters notamment avec des auto-sondages.

Enfin, s'agissant du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, les descriptifs du quotidien rapportés par les experts ont mis en évidence une organisation face au handicap permettant à l'assurée de faire quelques exercices le matin, se faire livrer les courses à domicile, s'occuper de l'administratif, entretenir des contacts sociaux plutôt régulièrement, s'adonner à ses loisirs (notamment le chant à la maison « devant son chien et son chat »), avec la précision que son mari s'assure que tout est en ordre avant de partir travailler et qu'il a même installé un bureau à la maison pour pouvoir y travailler lorsque son épouse n'est pas bien.

Par décision du 30 novembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 6 novembre 2018, en octroyant à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible avec effet dès le 1^{er} mars 2017. Cette prestation était de 470 fr. du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2018, de 474 fr. du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020, puis de 478 fr. dès le 1^{er} janvier 2021. Les constatations de l'OAI étaient notamment les suivantes :

“Dans le cadre de la demande d'examen du droit à une allocation pour impotent déposée en date du 16.03.2018 une visite par notre service extérieur a été réalisée le 12.09.2018 afin d'examiner aussi précisément que possible l'aide nécessaire pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Au vu des renseignements en notre possession, nous constatons qu'une aide régulière et importante d'un tiers est nécessaire depuis juillet 2015 pour exécuter les 2 actes ordinaires de la vie suivants :

- « faire sa toilette »
- « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ».

A l'échéance du délai de carence d'un an, soit le 01.07.2016, les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible sont remplies.

Toutefois la demande est tardive, les prestations ne peuvent être accordées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande (art. 48 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)), soit dès le 01.03.2017. [...]”.

C. Par acte du 21 décembre 2020 (timbre postal), R._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée du 30 novembre 2020. Sans contester le degré d'impotence, elle critique la date à partir de laquelle les prestations lui sont accordées, concluant à l'octroi de l'allocation pour impotent de degré faible huit mois plus tôt, soit au 1^{er} juillet 2016. En substance, elle fait valoir que n'étant pas suivie par une assistante sociale, elle n'avait aucune connaissance en matière d'assurance-invalidité, de sorte qu'elle avait déposé sa demande de prestations qu'après avoir été informée de son droit aux prestations d'impotent, à savoir lors de ses premières consultations auprès du DrX._____. Elle allègue en outre avoir appris qu'elle souffrait d'une maladie congénitale uniquement lors de la première consultation chez ce spécialiste qui a posé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos. Elle prétend que ce n'est qu'à partir de ce moment-là qu'elle a « réellement pris conscience de l'impotence qui s'était établie pour un long terme dans [son] corps », impotence qu'elle dit avoir vécu depuis juillet 2015. Elle ajoute qu'au vu des frais générés par son handicap, elle n'aurait jamais consciemment laissé le temps s'écouler si elle avait eu connaissance de ses droits.

Dans sa réponse du 8 février 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. S'il admet

comprendre les explications de la recourante, il dit devoir s'en tenir au constat du dépôt tardif de sa demande d'une allocation pour impotent. L'intimé a également produit son dossier consultable auprès du greffe du tribunal.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) En l'espèce, le litige porte sur la réclamation de la prestation d'un montant mensuel de 470 fr. versée dès le 1^{er} mars 2017 pour la période des huit mois précédant. Dès lors, vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige se limite à la question de savoir à quelle date l'allocation pour impotent de degré faible doit être octroyée.

Dans sa décision, l'OAI ne conteste pas que les conditions sont remplies dès le 1^{er} juillet 2016, mais il a constaté que la demande avait été déposée le 16 mars 2018 par la recourante, de sorte que les

prestations ne pouvaient être accordées que pour les douze mois précédant ce dépôt, soit dès le 1^{er} mars 2017.

La recourante estime, de son côté, que l'intimé lui a retiré huit mois du droit à l'allocation pour impotent de degré faible.

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

b) La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI). L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et important d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 37 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ; (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente ; ou (c) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 2 RAI). Enfin, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable

pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e ; art. 37 al. 3 RAI).

c) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4). Pour qu'il y ait nécessité dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart des fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2 et la référence). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TFA H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b, *in* RCC 1983 p. 71). 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 (TFA I 25/85 du 11 juin 1985 consid. 2b, *in* RCC 1986 p. 509).

d) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne comprend pas l'aide (directe ou indirecte) d'un tiers pour accomplir les six actes ordinaires de la vie, ni les soins, ni la surveillance. Il constitue plutôt un élément d'aide supplémentaire et autonome (ATF 133 V 450). L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie a pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière indépendante (ch. 8040 CIIAI).

4. a) Selon l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40 al. 1 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29, al. 1 LAI.

Le Tribunal fédéral a toutefois précisé que, contrairement au renvoi de l'art. 42 al. 4 *in fine* LAI, le début du droit à l'allocation pour impotent ne se détermine pas en fonction de l'art. 29 al. 1 LAI, mais de l'art. 28 al. 1 LAI (ATF 137 V 351 consid. 4 et 5). Dès lors que les conditions posées par cette dernière disposition s'agissant du droit à la rente d'invalidité sont applicables par analogie au domaine des allocations pour impotent, il en résulte qu'un droit à une telle prestation ne peut pas

naître avant l'échéance d'un délai de carence d'une année à compter de la survenance de l'impotence (TF 9C_326/2017 du 18 septembre 2017 consid. 3.1).

b) Aux termes 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. Cette disposition concerne le début du versement de l'allocation pour impotent (MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Zurich 2018, n. 72 *ad* art. 42 LAI).

c) aa) Le début du versement de l'allocation est régi par l'art. 48 al. 1 LAI, selon lequel si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires 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 le dépôt de la demande. Ainsi, en principe, 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 (MICHEL VALTERIO, précité, n. 4 *ad* art. 48 LAI).

bb) L'art. 48 al. 2 LAI est libellé comme il suit :

“Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes:

- a. il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations;
- b. il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits.”

cc) Cet article rétablit le droit au versement d'arriérés pour l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires, tel qu'il s'appliquait avant la 5^e révision de l'AI (modification du 6 octobre 2006 ; RO 2007 5129). Celle-ci avait modifié cette disposition en l'adaptant à l'art. 29 LAI (rentes) et à l'art. 10 al. 1 LAI (mesures de

réinsertion et d'ordre professionnel). Le droit aux arriérés concernant l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires était alors passé d'un an à cinq ans sans que cela ne corresponde à l'intention du législateur. Cela a créé une inégalité de traitement par rapport à l'allocation pour impotent de l'AVS, pour laquelle le droit aux arriérés est limité à douze mois, et l'application de la disposition n'était guère possible ; aussi le droit antérieur à la 5^e révision a été restauré lors de la 6^e révision (modification du 18 mars 2011 ; RO 2011 5659) pour les prestations énoncées, soit en particulier pour l'allocation pour impotent (cf. FF 2010 1733).

dd) Selon la jurisprudence, cette disposition s'applique lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations (ATF 102 V 112 consid. 1a ; TF 9C_166/2009 du 22 avril 2009 consid. 3.2 ; TF 9C_82/2007 du 4 avril 2008 consid. 2). Un tel état de fait n'est admis que de manière très restrictive par la jurisprudence (ATF 139 V 289 consid. 4.2 ; MICHEL VALTERIO, précité, n. 5 *ad* art. 48 LAI), en particulier dans les cas de schizophrénie (ATF 108 V 226 consid. 4 ; TFA I 824/05 du 20 février 2006 consid. 4.3 ; I 705/02 du 17 novembre 2003 consid. 4.3 ; I 141/89 du 1^{er} mars 1990 consid. 2b), d'un trouble de la personnalité grave (TFA I 205/96 du 21 octobre 1996 consid. 3c) ou proche de la psychose schizophrénique (TFA I 418/96 du 12 novembre 1997 consid. 3b), ou encore accompagné d'un alcoolisme chronique (TFA I 149/99 du 16 mars 2000 consid. 3b), d'incapacité de discernement suite à de graves troubles psychiques (TFA I 71/00 du 2 mars 2001 consid. 3a) ou encore en cas de dépression grave (ATF 102 V 112 consid. 3). Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits, mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 112 consid. 1a et les références). Autrement dit, les faits ouvrant droit à des prestations que l'assuré ne pouvait pas connaître, au sens de l'art. 48 al. 2, seconde phrase, aLAI (actuellement art. 48 al. 2 let. b LAI), sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée

(ATF 100 V 119 consid. 2c). On ne se trouvera en revanche pas dans ce genre de situation lorsque l'assuré connaissait ces faits, mais ignorait qu'ils donnent droit à une prestation de l'assurance-invalidité (MICHEL VALTERIO, précité, n. 5 *ad art.* 48 LAI).

ee) Il résulte enfin d'une interprétation littérale de la loi (ATF 144 V 313 consid. 6.1 ; 143 II 202 consid. 8.4 ; 143 I 109 consid. 6 ; 140 V 227 consid. 3.2 et les références citées) que les conditions de l'art. 48 al. 2 LAI sont cumulatives (« *aux conditions suivantes* »). Cette conclusion s'impose aussi à la lecture des versions allemande et italienne de la loi au vu de la présence explicite à la fin de la lettre a de l'alinéa (allemand), respectivement au début de la lettre b de l'alinéa (italien), de la conjonction de coordination *und*, respectivement *e* (« *Die Leistung wird für einen längeren Zeitraum nachgezahlt, wenn die versicherte Person : a. anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte ; und b. den Anspruch spätestens zwölf Monate, nachdem sie davon Kenntnis erhalten hat, geltend macht.* » ; « *La prestazione arretrata è corrisposta per un periodo più lungo se l'assicurato : a. non poteva conoscere i fatti determinanti il suo diritto alle prestazioni ; e b. fa valere il suo diritto entro 12 mesi dal momento in cui è venuto a conoscenza di tali fatti* »).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 360 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 319 consid. 5a).

b) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2 ; TF 9C_165/2020 du 15 juin 2020 consid. 2.2 et les références).

6. a) En l'espèce, l'intimé a octroyé à la recourante une allocation pour impotent de degré faible à domicile dès le 1^{er} mars 2017 à la suite de la demande présentée le 16 mars 2018 (art. 48 al. 1 LAI), en se fondant sur le rapport d'enquête à domicile du 20 septembre 2018. L'intéressée soutient que cette prestation doit lui être versée également pour une période antérieure à cette date, soit au 1^{er} juillet 2016.

b) Il convient en premier lieu d'examiner, à la lumière du principe inquisitoire (art. 43 LPGa), à quelle mesure d'instruction l'intimé était tenu de procéder et le cas échéant s'il y a effectivement procédé.

En l'occurrence, les investigations diligentées par l'office intimé ensuite du dépôt de la demande de prestations du 16 mars 2018 ont mis en évidence qu'une aide régulière et importante d'un tiers est nécessaire depuis juillet 2015 pour exécuter les deux actes ordinaires de la vie suivants : « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ».

Dans le cas présent, la première demande de prestations a été déposée le 19 avril 2004 dans le contexte de plaintes multiples de l'assurée qui, sous réserve d'une épilepsie myoclonique juvénile traitée, n'ont toutefois pas pu être objectivées sur les plans tant somatique que psychiatrique. De son côté, l'assurée avait arrêté le traitement spontanément au début 2004 et elle ne présentait aucune atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. L'apparition, en mars 2005, de crises de panique et d'une exacerbation des symptômes d'agoraphobie et de phobie sociale jugées totalement incapacitantes, a ouvert le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité pour des motifs psychiatriques depuis le 1^{er} mars 2006, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Sur le plan somatique, entre les années 2010 et 2011, l'assurée a subi six opérations ; elle a été traitée pour une endométriose stade IV au printemps 2011, ce qui l'a contrainte à réduire son taux d'activité (de 100 à 80 %). Après plusieurs interruptions de travail depuis le mois de janvier 2012 en raison d'importantes douleurs abdominales, elle a été hospitalisée, du 10 au 14 avril 2012 pour se subir une nouvelle intervention chirurgicale pratiquée par le Professeur S. _____ afin de réparer les douleurs en question. Le 7 juin 2013, elle a été victime d'une collision par l'arrière entraînant une contusion cervicale (coup du lapin) à la suite duquel une hernie cervicale compressant la moelle épinière a été mise en évidence. L'assurée souffrait par ailleurs d'un état douloureux (cervico-brachialgies) du côté droit, alternant les patchs chauffant et suivant des séances d'Eutonie pour tenter d'améliorer la situation ; le travail ne pouvait pas être poursuivi compte tenu de cet état défailant. L'expert mandaté par l'assureur responsabilité civile A. _____ a, pour sa part, fixé le *statu quo sine* entre l'événement du 7 juin 2013 et les algies persistantes au 19 septembre 2013. En janvier 2017, elle a encore été victime d'une fracture de la malléole postérieure de la cheville droite (rapport d'IRM du 8 février 2017 de la cheville droite).

Dans le cadre d'une troisième révision de rente datant de l'automne 2013, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée réalisé dans les locaux du SMR à Vevey. Le rapport d'examen du 26 novembre 2014 conclut à une capacité de travail

nulle dans l'activité habituelle depuis mars 2005, mais de 50 %, depuis le 18 juillet 2014, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (*psychiatriques* : fragilité psychologique, déni de la maladie psychiatrique, difficultés à respecter ses propres limites, difficultés à gérer toute forme de stress et diminution des ressources d'adaptation au changement ; *rachis* : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédent cinq kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'expositions à des vibrations, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête et pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque). Dans le contexte de l'annonce d'une nouvelle intervention à la nuque en début 2015, la situation ne pouvait encore être tenue pour stabilisée. Cette intervention n'avait finalement pas eu lieu, l'intéressée ayant en revanche été opérée d'urgence à la fin juillet-août 2015 en raison de deux hernies discales (rapport « MNR - Rapport initial RAR » du 17 mars 2017 p. 4).

Malgré une vie professionnelle passablement entravée et un long parcours médical, la lecture du rapport initial du 16 mars 2017 décrit une assurée qui, dans son quotidien, semble s'être adaptée à son état de santé défaillant (commissions à distance, participation à la préparation des repas du soir, et entretien de contacts réguliers ; cf. rapport initial du 17 mars 2017). Après investigations médicales, un syndrome d'Ehlers-Danlos (de type articulaire) est diagnostiqué pour la première fois par le Dr X. _____ dans son rapport du 27 juillet 2017 transmis à l'OAI le 15 août 2017. S'en suivront le dépôt, par l'assurée, en 2017, 2019 et 2020 des demandes de moyens auxiliaires (en l'occurrence, la prise en charge d'un fauteuil roulant manuel, d'une aide électrique pour la propulsion, d'une rampe de seuil ainsi que d'un lit électrique) qui ont toutes été acceptées par l'OAI, à l'exception de celle pour une rampe de seuil refusée par communication du 17 juillet 2019. Certes, la première demande de moyen auxiliaire, à savoir celle pour la remise d'un fauteuil roulant électrique, du 15 août 2017 suggère une péjoration des capacités fonctionnelles (en l'occurrence la marche) intervenue depuis le mois de

janvier 2017. Toutefois, à sa lecture, le rapport médical du Dr X. _____ précise que le domicile de l'assurée est accessible par cinq marches à l'entrée, après quoi tout se trouve au rez-de-chaussée pour elle, alors que son épouse a un bureau sis au premier étage de l'habitation. Ce document ne permet en outre pas de retenir des difficultés rencontrées par l'intéressée pour accomplir l'acte ordinaire « faire sa toilette ».

c) Dans ces conditions, l'intimé n'était pas tenu de procéder d'office à l'instruction d'une demande d'allocation pour impotent.

7. a) Par sa décision du 30 novembre 2020, l'OAI a octroyé à la recourante une allocation pour impotent de degré faible à domicile dès le 1^{er} mars 2017 dont le principe n'est en soi pas litigieux. En présence d'un besoin d'aide retenu pour accomplir deux actes ordinaires de la vie depuis le mois de juillet 2015, l'intimé a qualifié la demande de prestations de tardive au sens de l'art. 48 al. 1 LAI, n'accordant les prestations demandées que pour les douze mois précédent le dépôt de la demande du 16 mars 2018, soit dès le 1^{er} mars 2017.

L'intéressée soutient, pour sa part, que ces prestations doivent lui être versées également pour une période antérieure à cette date, *in casu* depuis le 1^{er} juillet 2016, en se prévalant à cet égard de l'art. 48 al. 2 LAI.

b) Cette dernière disposition n'est toutefois pas applicable en l'espèce. La recourante est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2006 et elle est suivie par plusieurs médecins depuis de nombreuses années. Il ressort en particulier que dans le cadre de révision du droit à la rente en mars 2009, l'OAI a, par lettre du 19 mars 2009 (pièce 80), attiré l'attention de l'assurée sur la possibilité d'obtenir une allocation pour impotent. Dûment renseignée sur son droit à demander une telle prestation, la recourante aurait parfaitement pu déposer une demande d'allocation pour impotent plus rapidement. Dans la formule de demande du 16 mars 2018, elle indique une « maladie congénitale avec lourde aggravation début 2017 ». Cette indication démontre que l'assurée

avait déjà pris conscience de l'existence de sa maladie congénitale bien avant sa première consultation chez le DrX._____, respectivement le diagnostic d'un syndrome d'Ehlers-Danlos (de type articulaire) posé par ce spécialiste dans son rapport du 27 juillet 2017. Du reste, la recourante ne conteste pas « l'impotence vécue depuis 2015 ».

En d'autres termes, l'on se trouve dans une situation où la recourante connaissait les faits susceptibles d'ouvrir un droit aux prestations, mais ignorait, à ses dires, qu'ils donnaient droit à une allocation pour impotent en particulier avant la première consultation mentionnée auprès du Dr X._____. On ne se trouve par conséquent manifestement pas dans une hypothèse où la recourante ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations, au sens de l'art. 48 al. 2 let. a LAI (cf. ATF 102 V 112 consid. 1a et les références).

Compte tenu du caractère cumulatif des conditions énoncées à l'art. 48 al. 2 LAI (cf. consid. 4c/ee supra), il n'y a pas lieu d'examiner le temps écoulé entre le dépôt de la demande et la date à laquelle la recourante avait connaissance de l'impotence.

c) En définitive, le moyen de la recourante tiré de l'ignorance du droit à une allocation pour impotent ne lui est dès lors d'aucun secours. Il résulte de ce qui précède que la recourante ne peut se prévaloir de l'exception prévue à l'art. 48 al. 2 LAI et que, partant, elle n'a droit à une allocation pour impotent que pour les douze mois précédant le dépôt de sa demande du 16 mars 2018, soit en l'occurrence à compter du 1^{er} mars 2017.

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69

al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de R. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- R. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :