

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Livet, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 9 LPGA ; 42 LAI ; 37 al. 3, 38 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. a) T. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, mère d'un enfant né en [...], sans formation certifiante, a travaillé en qualité de serveuse dans un restaurant dès septembre 2003, au taux d'activité de 100 %. En arrêt de travail à partir du 27 janvier 2016, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 21 juin 2016 en indiquant souffrir de douleurs aux pieds et à la hanche.

En clôture de l'instruction médicale, l'OAI a prié le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) de procéder à un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport du 13 novembre 2018, le Dr N. _____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic principal, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques, non irritatives, avec une diminution de réflexe, dans le contexte de protrusions discales étagées et de troubles dégénératifs postérieurs en L4-L5 (M54.5). Il a également retenu les diagnostics associés, sans répercussion sur la capacité de travail, de douleurs du pied gauche dans un contexte de troubles dégénératifs de l'articulation métatarso-phalangienne (MTP) du gros orteil et de surcharge de la tête du 2^e métatarsien, notamment. Enfin, l'expert a noté la présence d'un kyste au niveau du 3^e cunéiforme du pied gauche, sans répercussion clinique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'employée de restaurant depuis janvier 2016, mais complète depuis le 1^{er} juin 2017 dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes, concernant le rachis lombaire : pas de mouvements de flexion-extension répétés du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre.

Par décision du 13 juin 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} janvier au 31 août 2017.

b) Désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 11 février 2021, dans laquelle elle a indiqué être en incapacité de travail à 100 % depuis janvier 2016 en lien avec deux hernies discales, de l'arthrose à la hanche gauche et un kyste au pied gauche.

Durant l'instruction de cette demande, l'OAI a obtenu des rapports médicaux du Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, faisant état de plaintes de sa patiente au niveau lombaire, de la hanche et du pied gauche (cf. courriel du Dr G._____ au mandataire de l'assurée du 25 mai 2021), lesquelles étaient en partie objectivées par un conflit radiculaire L4-L5 visible à l'IRM (imagerie par résonance médicale) de la colonne lombaire et du pelvis du 28 mai 2021 (cf. rapport du Dr G._____ du 4 juin 2021). Le rhumatologue traitant a finalement posé, dans son rapport du 24 septembre 2021, les diagnostics de trouble somatoforme douloureux avec important épuisement psychique, de discopathie lombaire L4-L5 et L5-S1 avec conflit L4-L5 gauche, d'enthésite inflammatoire des muscles du moyen fessier gauche et de douleurs atypiques de la cheville gauche. Concluant à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et ne se prononçant pas sur une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée, il a décrit les limitations fonctionnelles comme suit : tous les mouvements et ports de charges entraînant une sur-sollicitation du rachis dorsolombaire et sacré.

Suivant l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 20 octobre 2021 concluant à l'absence d'aggravation de l'état de santé susceptible de diminuer la capacité de travail dans une activité adaptée, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 11 février 2021 par décision du 7 décembre 2021.

c) Le 1^{er} mars 2022, sous la plume de Me Jean-Michel Duc, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en faisant valoir que son état de santé s'était aggravé de manière importante à la suite de deux chutes.

Durant l'instruction de cette demande, l'OAI a obtenu les pièces médicales suivantes, notamment :

- Les réponses données le 27 mai 2022 par le Dr G._____ aux questions de Me Duc. Posant les diagnostics de status après contusion du tarse gauche, fasciite plantaire symptomatique à gauche, blocage lombo-sacré post-traumatique (chute) ainsi qu'insertionite trochantérienne du moyen fessier gauche, le Dr G._____ confirmait que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré depuis le dernier rapport qu'il avait adressé à l'OAI, en raison d'un accident survenu le 24 septembre 2021 (choc du pied gauche contre une borne métallique), puis une chute récente sur la hanche et le bassin, ce qui avait provoqué une récurrence de douleurs lombosacrées et de l'insertion des muscles fessiers à gauche. Il en résultait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 30 % au maximum dans une activité adaptée, équivalente à une activité occupationnelle. Réinterrogé en août 2022 par l'OAI, le Dr G._____ a indiqué qu'il avait cessé son activité le 24 juin 2022.
- Un courrier du 8 décembre 2022 du Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie désigné par l'assurée comme ayant repris son suivi, exposant qu'il ne pouvait pas répondre aux questions de l'OAI car il n'avait vu l'assurée qu'à une reprise, le 7 octobre 2022, et proposant de contacter le Dr Z._____.
- Un questionnaire de l'OAI rempli le 12 avril 2023 par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, retenant les diagnostics de lombalgies chroniques, douleurs dorsales et au pied gauche à la suite d'un accident en 2021, arthrose zygapophysaire, discopathie L4/L5 et L5/S1, ainsi qu'entéropathies inflammatoires au pied gauche. Le Dr F._____ estimait que sa patiente était limitée pour « toute activité physique » et concluait à une incapacité de travail totale depuis 2020.

- Un rapport d'IRM du pied du 19 octobre 2021.
- Un questionnaire médical de l'OAI complété le 19 avril 2023 par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Retenant les diagnostics de fasciite plantaire du pied gauche, contusion du 3^e cunéiforme du pied gauche et tendinite du court péronier de la cheville gauche, existant depuis un traumatisme direct survenu en septembre 2021, le Dr Z._____ a précisé que les limitations fonctionnelles étaient la marche prolongée et a déterminé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis le 15 novembre 2022.

Par décision du 3 juin 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2022 au 31 janvier 2023. Il s'est fondé en particulier sur les avis du SMR des 5 juin et 5 octobre 2023, selon lesquels la seule aggravation objectivée de l'état de santé concernait les suites de l'accident de septembre 2021. Celle-ci avait entraîné une incapacité de travail dans toute activité, suivie de la récupération dès novembre 2022 d'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements de flexion extension répétés du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges lourdes, pas de ports de charge répétés au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas d'accroupissements répétés.

L'assurée a formé un recours le 5 juillet 2024 contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a ouvert une instruction sous la référence AI 208/24.

B. Dans l'intervalle, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent le 17 octobre 2023. Elle mentionnait qu'en raison d'une atteinte rhumatologique existant depuis 2016, elle avait besoin d'un

accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie sous la forme d'une aide au ménage, en précisant qu'une demande était en cours auprès du Centre médico-social (CMS).

Le Dr F._____ a rempli le questionnaire médical de l'OAI sur l'impotence le 28 novembre 2023, en indiquant que l'assurée n'était pas dans l'impossibilité d'effectuer seule les actes de la vie ordinaire et n'avait pas besoin de soins permanents ni de surveillance permanente. En revanche, il a indiqué qu'une aide était nécessaire depuis le 11 novembre 2023 pour les tâches ménagères. Renvoyant aux annexes s'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr F._____ a mentionné les diagnostics suivants : petite lésion à la base du 3^e métatarse, déviation septale gauche légère, concha bullosa bilatérale à droite, trois hernies discales, arthrose hanche gauche et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sur tabagisme actif. Il a joint un rapport d'IRM de la cheville gauche du 6 novembre 2023 mentionnant une petite lésion à la base du 3^e métatarse d'allure non agressive, ainsi qu'un rapport de consultation du 25 mai 2023 de la Dre B._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, concluant à un examen dans les normes, mise à part une rhinite sèche d'évolution favorable. A la demande de l'assurée, le Dr F._____ a par ailleurs établi une attestation le 15 novembre 2023, déclarant qu'en raison de son état de santé physique, sa patiente n'était pas apte à effectuer ses tâches ménagères sans l'intervention d'une tierce personne.

L'assurée ayant confirmé qu'elle était toujours suivie par le Dr Q._____, ce dernier a également rempli un questionnaire médical sur l'impotence le 5 décembre 2023. Il a indiqué que l'assurée n'était pas dans l'impossibilité d'effectuer seule les actes ordinaires de la vie et qu'elle n'avait pas besoin de soins permanent, d'une surveillance personnelle ou d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il a précisé qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle notable.

L'OAI a soumis la demande d'allocation pour impotent au SMR. Dans son avis du 30 août 2024, la Dre S._____, médecin praticienne, a relevé que l'assurée sollicitait une aide pour les tâches ménagères en

raison d'une atteinte rhumatologique, mais que ni le Dr Q._____, ni le Dr F._____ ne signalaient de limitations fonctionnelles. Ainsi, il n'existait pas d'élément médical objectif soutenant un besoin d'accompagnement.

L'OAI a notifié un projet de décision le 4 septembre 2024, prévoyant de rejeter la demande d'allocation pour impotent. Se référant aux conclusions du SMR du 30 août 2024, il a constaté que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible n'étaient pas remplies en l'absence d'élément médical objectif et de limitations fonctionnelles renseignées venant soutenir le besoin d'aide allégué.

Sous la plume de Me Duc, l'assurée a fait part de ses objections à cette décision le 10 octobre 2024, en exposant que ses importantes douleurs ne lui permettaient pas de s'occuper de son ménage seule, ni de faire ses courses.

Déférant le 15 octobre 2024 aux demandes de l'assurée incluses dans cette écriture, l'OAI lui a adressé une copie du dossier et accordé un délai au 20 novembre 2024 pour compléter son argumentation et l'étayer. Une seconde demande de prolongation de l'assurée du 19 novembre 2024, motivée par le fait qu'elle avait sollicité une expertise auprès du Dr G._____, a été rejetée par l'OAI le 25 novembre 2024.

Par décision du 25 novembre 2024, reprenant l'argumentation de son projet, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent.

Le 20 décembre 2024, l'assurée a déposé un rapport établi le 1^{er} décembre 2024 par le Dr G._____. Reprenant l'historique médical de sa patiente depuis 2016 et décrivant un examen clinique effectué le 14 novembre 2024, le rhumatologue a posé les diagnostics de lombalgies chroniques non irritatives, d'atteinte dégénérative discrète de la première articulation métatarso-phalangienne (MTP) des deux pieds avec très discret valgus à gauche, de status après diagnostic de surcharge de la deuxième articulation métatarso-phalangienne gauche, de status après fasciite plantaire et tendinite péronière, en partie post-traumatique

(septembre 2021), de limitation douloureuse de l'épaule gauche sur atteinte clinique de la coiffe des rotateurs, de limitation douloureuse de la hanche gauche sur insertionite chronique en tout cas du moyen fessier, de fatigue chronique et troubles du sommeil et de déconditionnement musculaire. Il a décrit les limitations fonctionnelles suivantes :

« D'une part, les limitations concernant l'atteinte dégénérative rachidienne, soit : possibilité d'alterner les positions assise-debout, pas de position statique prolongée (max 20' debout et 45' assise), pas de port de charge en porte-à-faux, ports de charges limités à 5 kg près du corps, pas de marche en terrain inégal, pas d'accroupissements répétés, pas de mouvements de flexion-extension-rotation répétée du tronc.

Limitations concernant l'épaule [gauche] : pas de port de charge excédant 5 kg, près du corps.

Limitations concernant l'insertionite de péri hanche [gauche] : mêmes limitations que pour le rachis.

Limitations concernant le pied [gauche] : marche de longue durée (1-2h), station debout de plus de 2 (sic) »

Le Dr G. _____ a par ailleurs conclu comme suit, s'agissant de la capacité de l'assurée à accomplir des tâches ménagères :

- « - Réfection de lit : lombalgie lors d'effort en antéflexion.
- Aspirateur : douleurs lombaires et épaule [gauche] (gauchère).
- Vaisselle : dit d'emblée qu'elle casse beaucoup, doit se caler au plan de travail pour effectuer cette tâche (exacerbation de lombalgies).
- Serpillère : cf. aspirateur, alterne l'un ou l'autre, fais beaucoup à genou.
- Nettoyages : peut en faire un peu, si travail en hauteur, ressent son dos.
- Ports de charges : limité à 4 kg, un « six pack » de 6 x 1 litre est trop lourd ; elle décrit des rachialgies et une fatigabilité accrue si elle porte trop.
- Marche : limitée à 2 km, peut marcher $\frac{3}{4}$ d'heure parfois, mais précise qu'il y a des jours où elle doit se forcer à marcher

En conclusion, une aide au ménage pourrait être envisagée pour certaines tâches, les tâches ménagères dites légères sont effectuables, de manière fractionnée et en respectant bien sûr les limitations fonctionnelles. »

Également produit par l'assurée dans le cadre de son recours portant sur le droit à la rente d'invalidité, ce rapport a été soumis par l'OAI au SMR. Dans son avis du 6 janvier 2025, le Dr D. _____, spécialiste en médecine du travail, a conclu comme suit :

« Discussion

L'élément fourni par l'assurée ne peut être considéré comme une expertise car établi par son ancien rhumatologue traitant. Concernant les diagnostics retenus, nous notons que dans son [rapport médical] du 27.05.2022 le Docteur G. _____ mentionnait déjà le traumatisme du pied gauche et la fasciite plantaire, la réactivation des lombalgies et des insertions après une chute et qu'il retenait une [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle et une [capacité de travail dans une activité adaptée] de 30 % soit les mêmes capacités qu'il retient actuellement. Il est donc logique de considérer que l'état est stationnaire selon lui depuis cette période. Le rhumatologue traitant nous reproche de nous être fondés sur le [rapport médical] du Docteur Z. _____ qui n'évoque qu'une partie de la problématique, celle du pied gauche. Nous n'aurions donc pas tenu compte des lombalgies mécaniques ainsi que de la coxalgie gauche. Il ne retient pas ces lombalgies comme déficitaires (pas de baisse de force objectivée des membres inférieurs, Lasègue négatif). Nous relevons que ces lombalgies entraînent des [limitations fonctionnelles] strictement superposables à celles mentionnées page 9 et 10 de l'expertise du 18.12.2018 qui retenait une [capacité de travail dans une activité adaptée] totale. Concernant l'épaule gauche le rhumatologue évoque une atteinte de la coiffe sans aucune imagerie, se fondant sur les douleurs de l'assurée. Nous rappelons que celle-ci a parfois présenté une attitude retenue comme peu collaborante avec notamment des signes de Wadell positifs à l'expertise de 2018. Le Dr G. _____ ne les a pas étudiés. Nous soulevons la même problématique concernant la coxalgie gauche avec des mobilités peu impactées et l'absence d'imagerie. Enfin nous rappelons que le rhumatologue Q. _____ ne retenait pas de limitation fonctionnelle majeure en décembre 2023. En somme, sur le plan rhumatologique nous ne pouvons pas retenir d'aggravation majeure par rapport à l'expertise de 2018 concernant les lombalgies et la coxalgie. L'atteinte du pied gauche s'est aggravée mais a permis à nouveau une [capacité de travail dans une activité adaptée] totale selon le chirurgien orthopédique. L'appréciation d'une [capacité de travail dans une activité adaptée] de 30 %, que le rhumatologue estime de façon objective et subjective (comme il le mentionne) correspond à une appréciation différente d'un même état de fait identique à celle qui existait déjà dans son [rapport médical] de mai 2022. Concernant l'atteinte psychiatrique, il n'y a strictement aucun élément anamnestique, clinique, thérapeutique pouvant faire soupçonner une atteinte incapacitante, la tristesse à l'évocation d'un deuil ne constituant pas en elle-même une pathologie. Pour ces différentes raisons, nous estimons [que] la décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps était fondée. »

C. Toujours représentée par Me Jean-Michel Duc, T. _____ a recouru contre la décision du 25 novembre 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 10 janvier 2025, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible, subsidiairement à

son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Déplorant une violation de son droit d'être entendue dans la mesure où sa seconde demande de prolongation pour produire un rapport médical lui a été refusée, elle a en outre fait grief à l'intimé de n'avoir pas suffisamment instruit sa demande, en omettant de mettre en œuvre une expertise face à deux rapports médicaux contradictoires et en renonçant à l'enquête à domicile. Cela étant, le rapport établi le 1^{er} décembre 2024 par le Dr G. _____ démontrait qu'elle avait besoin de l'aide d'un tiers pour ses tâches ménagères, en particulier pour changer ses draps de lit, effectuer la lessive et porter ses courses.

Le 6 février 2025, la recourante a déposé une requête d'assistance judiciaire comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'un défenseur d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Elle l'a complétée en déposant diverses pièces le 25 février 2025.

L'intimé a produit son dossier le 24 février 2025.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres

conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité, en lien avec la demande topique déposée en octobre 2023.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). En d'autres termes, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la prestation sollicitée. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

En l'espèce, la recourante a déposé sa demande d'allocation pour impotent en octobre 2023, en alléguant un besoin d'aide en relation avec une atteinte rhumatologique existant depuis 2016. Tant l'ancien que le nouveau droit prévoient que le droit à l'allocation naît lorsqu'une impotence de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable (art. 42 al. 4 LAI, dont le texte a été seulement reformulé dans le cadre de la modification législative) et un droit au paiement des arriérés de prestations pour les douze mois précédant le dépôt de la demande en cas de dépôt tardif (art. 48 al. 1 LAI, non modifié). S'agissant de la recourante, le droit éventuel à l'allocation pouvait donc prendre naissance en octobre 2022 au plus tôt, de sorte que le droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 est applicable. On peut encore relever que, s'agissant des directives établies par l'Office fédéral des assurances

sociales (OFAS) à l'intention des offices AI cantonaux, la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité du 1^{er} janvier 2015 (CIIAI) a été remplacée par la Circulaire sur l'impotence du 1^{er} janvier 2022 (CSI), laquelle donne davantage de précisions. Le droit matériel ayant subi peu de modifications, il pourra, cas échéant, être fait référence aux deux circulaires.

3. Dans un grief de nature formelle, la recourante s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue et du principe d'égalité des armes et du droit à une double instance.

a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, la recourante fait grief à l'intimé de ne pas lui avoir octroyé une seconde prolongation pour compléter ses observations à l'encontre du projet de décision du 4 septembre 2024, faisant fi des difficultés que peuvent rencontrer les assurés pour obtenir un rapport médical.

Cette argumentation tombe à faux. L'art. 57a LAI dispose qu'un préavis doit être adressé à l'assuré avant de rendre une décision finale portant sur une demande de prestations (al. 1), sur laquelle il peut faire part de ses observations dans un délai de trente jours (al. 3). Comme

l'a relevé l'intimé en refusant la seconde demande de prolongation présentée par la recourante, le délai de l'art. 57a al. 3 LAI est un délai légal non prolongeable, conformément à l'art. 40 al. 1 LPGA. Le Tribunal fédéral l'a confirmé à plusieurs reprises, en rappelant par ailleurs que le droit de faire administrer des preuves n'empêchait pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (cf. notamment TF 9C_222/2024 du 24 juin 2024 consid. 5.2.1 et les références citées). Dans le cas présent, l'intimé a adressé son préavis à la recourante le 4 septembre 2024, en mentionnant d'emblée la possibilité de déposer des objections dans les trente jours, ainsi que le caractère non-prolongeable de ce délai, sous réserve d'un « court et unique délai supplémentaire » en cas de « raisons pertinentes ». La recourante a fait part de ses objections le 10 octobre 2024 et a requis une prolongation de délai pour les compléter une fois que son dossier lui aurait été communiqué. Le 15 octobre 2024, l'intimé lui a adressé une copie du dossier et a fixé un nouveau délai au 20 novembre 2024 pour étayer ses objections, en précisant qu'aucune nouvelle prolongation ne serait accordée. Cependant, le 19 novembre 2024, la recourante a sollicité un délai supplémentaire en exposant uniquement qu'elle était dans l'attente d'un rapport du Dr G._____. Cela étant, il n'apparaît pas que l'intimé ait violé le droit d'être entendue de la recourante en mettant fin à la procédure après lui avoir donné l'occasion de compléter ses objections ensuite de la consultation du dossier de la cause, en l'absence de tout commentaire ou argumentation de sa part sur la décision contestée ou sur les éléments médicaux figurant déjà au dossier.

Au demeurant, comme l'a également rappelé le Tribunal fédéral dans ce contexte précis, même à supposer que l'intimé ait violé le droit d'être entendu de l'assurée en refusant une seconde prolongation, cette violation peut être guérie devant la juridiction cantonale, qui est dotée d'un plein pouvoir d'examen (cf. TF 9C_222/2024 précité ; 9C_453/2023 du 3 mai 2024 consid. 5.2 ; 9C_6/2024 du 27 mai 2024

consid. 4.2). En effet, le rapport annoncé dans son courrier du 19 novembre 2024 a été versé au dossier de l'intimé le 20 décembre 2024. Bien qu'elle ne l'ait pas joint à son recours, l'intéressée s'est référée à ce rapport à l'appui de ses conclusions en réforme et il figure dans les pièces remises par l'intimé. Ainsi, une hypothétique violation du droit d'être entendue de la recourante devrait en tous les cas être considérée comme réparée.

c) La recourante prétend encore que l'absence de prolongation du délai pour compléter ses objections et produire ses pièces constituerait une violation du principe d'égalité des armes. Dans la mesure où elle a toutefois disposé d'un délai suffisant - à savoir plus de deux mois et demi - pour formuler ses objections et produire d'éventuels avis médicaux remettant en cause l'appréciation de l'intimé, on ne distingue pas en quoi le principe d'égalité des armes aurait été violé, la recourante ne l'exposant d'ailleurs pas, au-delà de considérations toutes générales. Il en va de même du principe de la double instance, dont la recourante - dûment représentée par un mandataire professionnel - ne précise aucunement en quoi il aurait été violé en l'espèce, se contentant d'évoquer ce principe sans autres explication. Les critiques de la recourante doivent donc être écartées.

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

b) Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). L'art. 42 al. 3 LAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022) prévoit qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si l'atteinte à la santé est uniquement psychique,

la personne n'est réputée impotente que si elle a droit à une rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42^{bis} al. 5 est réservé.

c) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

5. a) 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).

Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10). La nécessité de l'assistance d'un tiers pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour

faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1).

b) L'accompagnement doit avoir 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. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière indépendante. Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que l'assuré, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placé en home ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (cf. ch. 2098 CSI ; ch. 8040 CIIAI).

c) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 2093 CSI ; ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2).

6. 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en

procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

c) Fondés sur les art. 54a LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement

pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références).

7. a) En l'espèce, la recourante a sollicité une allocation pour impotent en lien avec l'atteinte rhumatologique dont elle souffre depuis 2016. Il est constant que sa demande portait uniquement sur une allocation pour impotent de degré faible et qu'elle était motivée par un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI, en lien avec la tenue de son ménage.

L'intimé a nié l'existence d'un tel besoin en l'absence d'éléments médicaux objectifs ou de limitations fonctionnelles renseignées venant soutenir la demande. Cette décision était fondée en particulier sur l'avis du SMR du 30 août 2024, lequel se prononçait sur les questionnaires médicaux complétés par les Drs F._____ et Q._____, respectivement médecin généraliste et rhumatologue traitants de la recourante. L'intimé disposait par ailleurs du dossier constitué dans le cadre des précédentes demandes de la recourante portant sur le droit à la rente ou à des mesures professionnelles.

b) S'agissant du Dr Q._____, il convient de relever que ce médecin a repris le suivi rhumatologique de la recourante en fin d'année 2022, après le départ en retraite du Dr G._____. Contacté une première fois par l'OAI à cette époque, le Dr Q._____ avait renoncé à se positionner sur le caractère invalidant des atteintes rhumatologiques de la recourante au motif qu'il ne l'avait vue qu'une seule fois. La demande d'allocation pour impotent est intervenue une année plus tard et le Dr Q._____ a accepté de donner un avis en décembre 2023. Il a

cependant indiqué qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle notable et que la recourante ne présentait aucun besoin relevant de l'impotence.

Les conclusions du Dr F._____ diffèrent légèrement, puisque ce médecin a validé un besoin d'aide pour les tâches ménagères. S'il a mentionné dans la rubrique relative aux diagnostics les atteintes rhumatologiques qui ont fait l'objet des demandes de rente et/ou mesures, le médecin généraliste traitant n'a cependant pas décrit de limitation fonctionnelle. Sur ce point, il s'est limité à renvoyer aux pièces jointes, lesquelles faisaient seulement état d'une lésion minime au niveau du 3^e métatarse gauche et d'une rhinite en cours d'amélioration. L'attestation établie par ce même médecin le 15 novembre 2023 ne comportait pas de plus amples explications. En conséquence, il est manifeste que le médecin généraliste traitant n'a pas fait état d'éléments médicaux objectifs ni décrit de limitations fonctionnelles à l'appui du besoin d'aide pour les tâches ménagères allégué.

Ainsi, c'est à juste titre que la Dre S._____ du SMR a constaté dans son avis du 30 août 2024 l'absence d'élément médical objectif soutenant un besoin d'accompagnement.

c) Dans un premier moyen, la recourante a fait grief à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une expertise médicale, face aux rapports contradictoires des médecins traitants.

On ne peut la suivre sur ce point. En effet, le Dr F._____ s'est limité à valider un besoin d'aide pour les tâches ménagères sans autre commentaire alors qu'il était clairement invité à le faire dans le questionnaire médical soumis par l'intimé. Il a encore établi le 15 novembre 2023, une attestation par laquelle il déclarait « volontiers » attester que sa patiente n'était pas apte à effectuer ses tâches ménagères en raison de son état de santé physique, sans autre détail. Compte tenu de l'absence de motivation objectivée médicalement et de l'influence manifeste du lien thérapeutique noué avec la recourante depuis 2016 à tout le moins, ces deux écrits du Dr F._____ ne pouvaient se voir

attribuer la moindre valeur probante. Ainsi, il n'apparaît pas que l'intimé, respectivement le SMR, ait été confronté à des avis médicaux contradictoires nécessitant d'être départagés par une expertise indépendante.

d) La recourante a également déploré l'absence de mise en œuvre d'une enquête à domicile sur l'impotence.

A cet égard, il convient de relever que, de jurisprudence constante, un rapport d'enquête à domicile portant sur l'évaluation de l'impotence doit être 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 (cf. notamment TF 9C_235/2024 du 30 juillet 2024 consid. 5.2, et les références citées). Ces exigences ont pour corollaire qu'en l'absence d'empêchements documentés appuyant le besoin d'aide allégué, il est prématuré de mettre en œuvre une telle enquête.

Comme relevé ci-dessus, les rapports médicaux récoltés après le dépôt de la demande d'allocation pour impotent n'attestaient pas d'empêchements médicaux à l'accomplissement par la recourante de tâches ménagères. Certes, il a été documenté dès 2016 et admis par l'intimé dans sa décision du 13 juin 2019 ainsi qu'au cours des procédures ultérieures, que la recourante présentait des atteintes d'ordre rhumatologique entraînant diverses limitations fonctionnelles rendant définitivement inexigible l'activité professionnelle d'employée de restaurant qu'elle a exercée jusqu'en janvier 2016. Ces éléments, concernant l'exercice d'une activité professionnelle déterminée, ne signifient pas encore que la recourante n'est pas en mesure d'entretenir son propre ménage. A plus forte raison que, sous réserve de deux périodes d'incapacité totale, de janvier 2016 à juin 2017 et de septembre 2021 à octobre 2022, l'intimé a retenu que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Par ailleurs, bien que représentée par un avocat, l'intéressée ne s'est pas positionnée sur le rapport du Dr Q. _____ de décembre 2023 dans le

délai – prolongé à sa demande – pour faire valoir ses objections au projet de décision. Les deux écritures adressées à l'intimé durant cette procédure ne comportaient pas même la description des difficultés dans l'accomplissement de ses tâches ménagères qui l'avaient amenée à déposer sa demande d'allocation. L'obligation d'instruire incombant à l'administration en vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA trouve sa limite dans l'obligation de la partie d'apporter les faits dont elle entend déduire un droit, découlant de son obligation de collaborer à l'instruction. Il faut en conséquence constater que l'intimé n'avait aucune raison de mettre en œuvre une enquête à domicile avant de rendre la décision objet du présent recours.

e) La recourante a finalement allégué, au stade du recours, que son besoin d'aide concernait les courses, le changement des draps de lit et la lessive. Elle n'a cependant pas précisé si la demande d'aide-ménagère auprès d'un CMS, mentionnée dans sa demande d'allocation, avait abouti, ni le nombre d'heures dont elle estimait avoir besoin. Elle s'est principalement fondée sur un rapport établi le 1^{er} décembre 2024 par le Dr G._____, dont un paragraphe est consacré à la question de l'accomplissement des tâches ménagères.

aa) L'intimé a soumis le rapport précité au SMR, qui a relevé certaines lacunes dans l'examen clinique et a conclu à l'absence de modification des limitations fonctionnelles au regard des rapports établis par ce même médecin en 2021, mais n'a pas commenté la problématique en lien avec les tâches ménagères. Cela étant, il convient d'emblée de relever, à l'instar du SMR, que le Dr G._____ ne peut être considéré comme un expert puisqu'il a été le rhumatologue traitant de la recourante durant plusieurs années. On observe par ailleurs que le Dr G._____ a décrit des restrictions plus importantes dans l'accomplissement des tâches ménagères que dans le contexte de l'exercice d'une activité professionnelle. Il a ainsi mentionné en lien avec les tâches ménagères, notamment, un port de charge limité à 4 kg, une limitation de la marche à 45 minutes et la nécessité de se caler au plan de travail pour laver la vaisselle. En revanche, dans sa description des limitations fonctionnelles, il

a retenu une limite de port de charge de 5 kg, une limite de la marche d'une à deux heures et une limite à la position statique debout de 20 minutes. Il est manifeste que, sur l'accomplissement des tâches ménagères, le Dr G._____ a simplement rapporté les plaintes de la recourante, sans les confronter au status clinique ni même aux limitations fonctionnelles qu'il venait de décrire. Dans ces conditions, il n'est pas possible d'accorder une quelconque valeur probante à ce passage du rapport du Dr G._____. A cela s'ajoute que les plaintes relayées par le Dr G._____ ne vont pas dans le sens d'impossibilités rédhibitoires dans l'accomplissement des tâches ménagères. Le fait que certains gestes provoquent des douleurs ne suffit pas encore à considérer qu'ils ne peuvent ou ne doivent pas être accomplis. Le rhumatologue retraité a d'ailleurs conclu que les tâches légères - sans toutefois préciser lesquelles - étaient « effectuelles, de manière fractionnée et en respectant bien sûr les limitations fonctionnelles ».

bb) S'agissant des besoins finalement décrits par la recourante, ils amènent les remarques suivantes s'agissant des autres conditions posées par l'art. 38 al. 1 RAI, à savoir l'existence même d'un besoin d'aide, le risque d'abandon ou de placement en institution, ainsi que le caractère régulier du besoin.

La recourante allègue d'abord un besoin d'aide pour faire ses courses. Dès lors qu'elle est domiciliée dans un centre urbain bien desservi par les transports publics, les limites de marche mentionnées par le Dr G._____ n'ont manifestement pas d'incidence particulière. Les limites de port de charge peuvent également être résolues par le biais de mesures simples à mettre en place, telles que le fractionnement des achats, l'utilisation d'un chariot à roulette ou encore la livraison à domicile.

Concernant la lessive, le ch. 2098.1 CSI mentionne que les exigences minimales en la matière sont de pouvoir faire une lessive deux fois par mois, comprenant le fait d'utiliser la machine, la charger et la vider, plier et ranger le linge, mais non le repassage ou le raccommodage.

Dans ce contexte, il convient de relever que la recourante a allégué un empêchement lié à ses limitations de mouvements au niveau du tronc sans plus amples explications, tandis que le rapport du Dr G._____ est muet sur cette question. Il n'existe ainsi aucun élément objectivant un besoin d'aide dans ce domaine.

Quant au changement des draps de lit, il ne s'agit pas d'une tâche nécessitant une aide régulière et importante.

f) En conséquence, il faut constater que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent ne sont pas remplies.

8. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2).

En l'occurrence, le recours est manifestement mal fondé. En effet, l'intimé a rendu sa décision sur la base des rapports médicaux établis par les médecins traitants. Ceux-ci ne soutenant pas la démarche de la recourante, celle-ci s'est tournée vers son ancien rhumatologue traitant, le Dr G._____, dont les remarques à l'appui du besoin d'accompagnement allégué étaient clairement dépourvues de valeur probante. Ainsi, le recours doit être rejeté en application de l'art. 82 LPA-VD et la décision attaquée confirmée, sans autre échange d'écriture.

b) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD). Le caractère manifestement mal fondé du présent recours et son défaut prévisible de chance de succès commandent le rejet de l'assistance judiciaire (art. 61 let. f LPGA), indépendamment de la situation financière dans laquelle se trouve la recourante.

c) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours, manifestement mal fondé, est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 novembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La requête d'assistance judiciaire déposée le 6 février 2025 par T. _____ est rejetée.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de T. _____.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :