RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/228/2021 **ATAS/3/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 janvier 2023

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à DARDAGNY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Éric MAUGUE	recourante
contre	
CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION, sise rue des Gares 12, GENÈVE	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1949, est bénéficiaire d'une rente de vieillesse depuis plusieurs années.

b. Avant l'âge de la retraite, l'assurée était bénéficiaire d'une rente d'impotent de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) et de différentes prestations, notamment de moyens auxiliaires.

c. Le 8 septembre 1992, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'autorité compétente de l'époque, qui avait alors mandaté le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecine du travail, pour réaliser une expertise. Dans son rapport du 19 janvier 1993, ce médecin a conclu que l'expertisée, âgée alors de 43 ans, était sans aucun doute très gênée dans l'accomplissement de nombreuses tâches ménagères en raison de lésions arthrosiques de sa colonne vertébrale, surtout dans la région cervicale, lesquelles avaient entraîné des troubles radiculaires moteurs et sensitifs, en particulier au niveau du membre supérieur gauche, ayant persisté malgré plusieurs interventions chirurgicales. Par décision du 13 mai 1993, la Commission AI de l'époque avait, sur la base de ce rapport, reconnu à l'assurée le droit à une allocation pour impotence de degré faible dès le 1er juillet 1992.

d. Dans le cadre d'une procédure de révision du droit, une enquête au domicile de l'assurée avait été réalisée, le 25 mai 1996. L'enquêteur - qui avait déjà rencontré l'intéressée en 1993 - avait constaté que l'état de santé de cette dernière s'était beaucoup dégradé ; il avait notamment remarqué un tremblement au niveau des membres supérieurs et avait relevé que l'assurée portait encore une minerve. L'assurée avait besoin d'une aide régulière depuis 1993 pour se vêtir, pour couper la viande, la pizza et parfois pour se servir et remplir un verre d'eau, pour le bain, le shampooing et couper les ongles, ainsi que pour se coiffer ; elle souffrait de vertiges importants. Elle était beaucoup aidée, à l'époque, par son mari et par son fils qui assumaient la plupart des tâches ménagères. Par décision du 6 août 1997, l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI) lui avait accordé une allocation pour impotence de degré moyen, dès le 1er mai 1996.

e. Par communication du 28 janvier 2010, l'OAI a informé l'assurée, au terme d'une longue procédure de révision initiée en mars 2005, qu'elle continuerait à bénéficier d'une allocation pour impotence de degré moyen. Pendant la période précitée, son état de santé s'était encore aggravé, selon son médecin traitant notamment et, au printemps 2009, l'assurée avait séjourné pendant plus d'un mois à la clinique de la Lignière, dans le service de réadaptation orthopédique neurologique. Les diagnostics retenus étaient : épisode aigu d'état confusionnel avec vertiges rotatoires avec latéro-pulsion gauche, syndrome sensitivo-moteur, facio-brachio-crurale gauche d'origine indéterminée, cardiopathie de stress, hypertension et probable neuropathie compressive. Cet état était apparu après une

chute avec perte de connaissance. L'assurée souffrait désormais d'arthrose des articulations et des hanches et avait été victime d'un AVC en 2008 ; son diabète était incontrôlable.

f. En 2012, l'OAI a entamé une nouvelle procédure de révision ; de nombreux documents médicaux avaient été versés au dossier, desquels il ressortait que la situation de l'assurée s'était aggravée et que cette dernière avait notamment besoin de soins permanents de jour comme de nuit. Une enquête à domicile avait été réalisée le 22 mars 2012, par Mme C_____, laquelle avait recommandé d'admettre une aide régulière pour cinq actes ordinaires de la vie, depuis plusieurs années (se vêtir et se dévêtir ; se lever ; couper les aliments ; se coiffer et se baigner/se doucher ; se déplacer à l'extérieur) et relevait que pour l'acte « se lever », l'assurée pourrait éventuellement retrouver une certaine autonomie avec un moyen auxiliaire approprié. À cette époque, l'assurée disposait des moyens auxiliaires suivants : un fauteuil roulant, un siège aquatec, une planche de bain, un lit électrique, une barre de redressement, une poignée de sécurité à la salle de bains et aux WC, ainsi que deux cannes. Par communication du 26 mars 2012, l'OAI a informé l'assurée, qu'au terme de la procédure de révision, son droit à une allocation pour impotent de degré moyen était maintenu.

g. Par des décisions du 14 mai 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée un scooter électrique et un fauteuil roulant manuel.

h. Le 25 juillet 2013, une assistante sociale de l'hospice général a fait savoir à l'OAI que l'assurée avait demandé un soutien social au centre d'action sociale de D_____. L'assistante sociale s'était rendue au domicile de l'assurée à plusieurs reprises et avait constaté que cette dernière pouvait difficilement se déplacer sans son déambulateur et sa chaise roulante. De ce fait, l'assurée n'était pas du tout autonome pour les sorties. L'immeuble dans lequel elle vivait n'avait pas d'ascenseur, mais deux séries d'escaliers à franchir pour permettre à l'assurée d'accéder à son appartement, au rez-supérieur. Diverses adaptations architecturales étaient nécessaires, à l'intérieur de l'appartement et à l'extérieur de celui-ci, afin que l'assurée puisse y accéder, soit l'installation d'une plate-forme élévatrice verticale qui aurait permis à l'assurée d'accéder à son appartement par le balcon au moyen de son scooter électrique. Ces mesures étaient notamment soutenues par le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, qui indiquait, dans un certificat médical du 1er mai 2013, que sa patiente présentait une perte progressive d'autonomie dans le cadre d'une pathologie médicale complexe, essentiellement au niveau du dos et d'un point de vue métabolique avec diabète insulino-traité. Au printemps 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une série de moyens auxiliaires complémentaires et a pris en charge un certain nombre de frais d'adaptation des moyens dont cette dernière disposait déjà, notamment de son fauteuil roulant, ainsi que divers travaux de maçonnerie, de serrurerie, de menuiserie notamment pour l'adaptation de la cuisine, ainsi que l'installation de la plate-forme élévatrice susmentionnée.

i. Dans l'intervalle, soit en janvier 2014, l'époux de l'assurée est décédé.

j. Par courrier du 3 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il menait une nouvelle procédure de révision de l'allocation pour impotent.

k. Par questionnaire transmis à l'OAI le 2 novembre 2016, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis 2013, précisant qu'à la suite d'une intervention discale de Zoll, ses douleurs étaient devenues de plus en plus importantes et invalidantes ; son diabète était traité avec pompe à insuline à cause des glycémies en dents de scie. En réponse aux questions spécifiques sur l'impotence, elle indiquait que depuis le décès de son époux, en janvier 2014, elle avait besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie ; en particulier pour couper les aliments, se baigner/se doucher, se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux ; l'aide décrite était apportée par sa femme de ménage ; l'assurée bénéficiait d'une téléalarme à titre de surveillance personnelle et avait également besoin d'aide pour l'établissement des semainiers et pour les changements de cathéter de sa pompe à insuline. Une infirmière s'en chargeait depuis le 16 mai 2013 et venait deux fois par semaine à son domicile ; l'assurée souffrait d'incontinence et était alitée une partie de la journée, avec la possibilité de quitter le lit huit heures par jour.

l. Par formulaire du 17 octobre 2016, le Dr E_____ indiquait qu'il suivait l'assurée depuis environ quatre ans et qu'il l'avait examinée la dernière fois le 15 octobre 2016. Elle présentait les diagnostics suivants : diabète type 1 ; cervicalgies lombalgies chroniques avec plusieurs interventions chirurgicales ; cancer du sein (1981) ; arthrose invalidante au niveau des mains ; atteinte de la sensibilité avec marche impossible ; état anxio-dépressif chronique. L'assurée présentait une aggravation progressive, avec des grosses difficultés dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie depuis au moins trois ans ; l'état de santé ne pouvait pas être amélioré par des mesures médicales ; quant aux moyens auxiliaires, sa patiente avait déjà un fauteuil électrique.

m. Une enquête à domicile a été réalisée le 19 décembre 2016. Selon le rapport d'enquête, signé par M. F_____ et Mme C_____ le 4 janvier 2017, il était constaté que depuis le décès de son époux et l'octroi de plusieurs moyens auxiliaires, l'assurée n'avait besoin d'une aide régulière et importante que pour un seul acte ordinaire de la vie, à savoir les déplacements à l'extérieur plus lointains que devant son immeuble (selon ses dires), contrairement à l'aide dont elle avait besoin par le passé. L'état de santé de l'assurée ne nécessitait pas de surveillance personnelle permanente mais des soins permanents depuis plusieurs années. Le besoin d'accompagnement ne pouvait plus être retenu à cause de l'âge de l'assurée, cette dernière ayant atteint l'âge de l'AVS. L'assurée touchait une allocation de degré moyen depuis 1997, avec des droits acquis depuis août 2013. En conclusion, les enquêteurs estimaient que les conditions pour une allocation pour impotence ne semblaient plus remplies.

B. **a.** Par décision du 17 février 2017, confirmée le 12 mai 2017 sur opposition, la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse) a supprimé l'allocation pour impotent dès le 1er avril 2017.

b. Saisie d'un recours de l'assurée, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS ou chambre de céans) a annulé cette décision et renvoyé la cause à la caisse pour complément d'instruction (ATAS/33/2019 du 21 janvier 2019). Le rapport d'enquête du 4 janvier 2017 a été déclaré non probant et une nouvelle enquête était nécessaire et devait être ordonnée, au besoin en concertation directe avec les intervenants de l'IMAD, en parallèle de laquelle, il fallait recueillir tous renseignements utiles auprès des médecins traitants, notamment du psychiatre, de l'ophtalmologue et des autres spécialistes, ainsi qu'auprès des infirmières en charge de l'assurée, et examiner la situation au regard des moyens auxiliaires octroyés, afin de déterminer si des adaptations étaient possibles pour que l'assurée puisse à nouveau en disposer.

c. Par courrier du 2 avril 2019, l'avocat de l'assurée a interpellé la caisse afin qu'elle rétablisse son droit à l'allocation pour impotence pendant la durée de l'instruction complémentaire exigée par la chambre de céans et qu'elle procède aux instructions requises dans les meilleurs délais.

d. Le 18 juillet 2019, l'avocat a transmis à l'OAI les noms et coordonnées des médecins de l'assurée, à savoir les docteurs G_____ (médecin traitant), H_____ (ophtalmologue), I_____ (ORL) et J_____ (diabétologue), ainsi que de Madame K_____ (psychologue).

e. Le 13 août 2019, il lui a communiqué un bilan d'ergothérapie, daté du 9 juillet 2019 et réalisé par Madame L_____, ergothérapeute, à la demande du médecin traitant de l'assurée. Ce document permettait de répondre aux questions sur la situation de l'assurée.

Selon ce bilan, Madame L_____ avait procédé à une évaluation de l'assurée, à son domicile (appartement de quatre pièces situé au premier étage d'un immeuble), où elle vivait seule avec son petit chien. Elle souffrait de multiples pathologies qui avaient progressivement entrainé une forte diminution de son état général, une fatigue invalidante, des déficits sensitifs dans les pieds, des chutes, une incontinence urinaire, des tremblements des membres supérieurs avec diminution de la force, ainsi qu'un trouble anxio-dépressif qui s'était aggravé après le décès de son mari en 2014.

S'agissant des déplacements, l'assurée pouvait effectuer quelques pas avec deux cannes, mais devait majoritairement utiliser son fauteuil roulant. Les moyens auxiliaires dont elle bénéficiait étaient un fauteuil roulant manuel, un lift de baignoire, un lit électrique, une plateforme élévatrice qui lui permettait de sortir par le balcon ; ce matériel avait été financé par l'AI. Elle portait une téléalarme qui permettait d'appeler les secours en cas de nécessité.

Concernant les activités de la vie quotidienne, il était retenu que l'assurée vivait de manière autonome avec plusieurs aides à domicile. Elle gérait certaines activités de la vie quotidienne, mais uniquement avec les adaptations suivantes :

- En termes de changement de technique : par exemple pour l'habillage, puisqu'elle ne pouvait pas boutonner un pantalon, une chemise ou une veste, les vêtements devaient être suffisamment amples et confectionnés dans un tissu qui glissait pour faciliter l'habillage et le déshabillage ; son pantalon ne devait pas appuyer sur le capteur de la pompe à insuline ; elle ne portait que des chaussures semi-fermées qu'elle pouvait mettre avec un chausse-pied. Par ailleurs, elle sortait de son lit en utilisant le dossier électrique pour redresser le haut du corps et réglait la hauteur du lit pour faciliter les transferts assis-debout.
- En termes de durée des activités : étant très fatigable, l'assurée devait se ménager des pauses durant toutes les activités de la vie quotidienne qui demandaient environ trois fois plus de temps que pour une personne en santé et qui engendraient une fatigue invalidante, ainsi qu'un temps de récupération conséquent. Les activités devaient être planifiées, de manière à pouvoir être interrompues pour les temps de récupération.
- En termes de simplification : par exemple en mangeant des repas préparés, majoritairement froids ou réchauffés au micro-ondes, ne nécessitant pas de port de charge au-delà d'un demi kilo, pas de coupe de légumes durs, etc. Elle effectuait ses achats par Internet, sur le Shop et le livreur rangeait les courses dans les placards et le frigo. Elle utilisait une cafetière à capsule ainsi qu'un gobelet adapté. Elle avait remplacé sa douche par une toilette au lavabo les soirs où les aides à domicile ne venaient pas.
- En termes de changement d'habitude : en adaptant sa manière de se déplacer, de manger, en sortant son chien juste devant son immeuble sans le tenir en laisse. Elle gardait son soutien-gorge pour la nuit, car elle ne parvenait pas à l'enlever ni à le remettre. Elle restait pieds nus, car elle ne parvenait pas à mettre ses chaussettes, même avec un enfile-chaussettes. Elle bénéficiait de l'aide de son époux jusqu'en 2014, mais depuis le décès de celui-ci, l'assurée avait dû utiliser les services de soins à domicile, ce qui était très difficile pour elle, car elle était extrêmement pudique.
- En termes de compensation : par exemple en se déplaçant avec des cannes ou en fauteuil roulant, en surélevant son mobilier comme son bureau afin de passer les jambes sous le plateau lorsqu'elle était en fauteuil roulant. En se servant d'une pince longue manche pour mettre la vaisselle sale dans le lave-vaisselle et pour la sortir. En utilisant les transports adaptés pour se rendre à ses nombreux rendez-vous médicaux.
- En termes de flexibilité mentale : l'assurée devait anticiper et planifier toutes ses activités de la vie quotidienne, des plus simples au plus élaborées. Elle

devait organiser l'aide dont elle aurait besoin. Ceci engendrait une fatigue mentale.

À la suite des graves maladies dont elle souffrait, l'assurée avait progressivement perdu de l'indépendance dans la majorité de ses activités de la vie quotidienne. Elle était entièrement dépendante de l'aide d'une tierce personne pour les éléments suivants : s'habiller, en particulier changer de soutien-gorge, mettre et enlever des habits et mettre des chaussettes ; se laver, car elle ne pouvait pas effectuer le transfert sur le lift de la baignoire, se faire un shampooing, se laver les pieds et le dos et, comme elle était incontinente, elle devait changer régulièrement de protection urinaire et veiller à une bonne hygiène intime ; gérer ses soins, en particulier s'occuper de la commande de ses médicaments, changer le capteur abdominal de sa pompe à insuline, prendre ses constantes (tension et pulsations), évaluer son état moral, effectuer le suivi de son diabète et faire les soins des pieds ; se déplacer sur de longues distances et sur des terrains non plats, car elle utilisait un fauteuil roulant manuel, mais elle ne pouvait pas le propulser de manière autonome au-delà de quelques mètres sur sol lisse et plat ; se coucher et sortir sans lit électrique ; se relever seule en cas de chute ; se faire à manger des plats élaborés, ouvrir des bouteilles, bocaux, tubes ou boîtes de conserve, couper des aliments durs, porter des objets faisant plus d'un demi kilo, faire ses achats dans les magasins ; effectuer des activités ménagères, telles que nettoyage, lessive, changement de draps. Les fluctuations de son état de santé engendraient immédiatement une diminution de son autonomie et elle devait être alitée en cas de pic insulinique. Par ailleurs, le fait de rester seule, sans personne proche joignable en cas de nécessité (chute, déplacement, etc.) était problématique.

L'aide de tiers était régulièrement indispensable, elle était apportée par les soins à domicile, une aide-ménagère privée, ainsi que par sa famille.

L'ergothérapeute proposait de demander une révision de son fauteuil roulant manuel, car les freins ne tenaient plus, ce qui engendrait un risque de chute lors des transferts ; de mettre un antidérapant sous les tapis qui glissaient et un ruban ou un anneau de porte-clefs sur le zip de fermeture éclair afin d'en faciliter la manipulation ; de faire installer une lunette de WC munie d'accoudoirs pour faciliter et sécuriser les transferts assis-debout, une chaise percée à côté du lit pour éviter de se déplacer jusqu'au WC durant la nuit – précisant qu'elle aurait besoin d'aide pour vider et nettoyer le pot le matin – et une barre latérale de redressement pour faciliter les retournement dans le lit ; de faire réévaluer sa vue, car ses lunettes ne semblaient plus être adaptées.

Ces propositions avaient pour but de sécuriser l'assurée dans son environnement ou lui faciliter certains actes, mais n'allaient malheureusement pas améliorer son niveau d'autonomie.

En conclusion, malgré une détermination exemplaire à vouloir être la plus autonome possible, les actes de la vie quotidienne que l'assurée pouvait réaliser

étaient difficiles à exécuter, prenaient plus de temps que pour une personne ordinaire et généraient une grande fatigue. En raison des multiples pathologies dont elle souffrait et des graves conséquences qui en résultaient, l'assurée était dépendante de l'aide de tierces personnes pour continuer à vivre seule dans son appartement. Elle souffrait d'isolement social et était en proie à des difficultés financières à la suite de l'arrêt du versement de l'une de ses rentes.

f. Le 18 septembre 2019, l'avocat de l'assurée a transmis à l'OAI un complément de l'ergothérapeute du 16 septembre 2019.

Il en ressortait que l'assurée n'utilisait actuellement plus le scooter, car elle ne pouvait pas remettre la batterie de sept kilos après qu'elle l'ait chargée, ni le fauteuil électrique, par crainte des dénivelés très importants autour de chez elle et du fait que les transports publics n'étaient pas adaptés pour ce matériel. Elle aurait aimé encore utiliser ces moyens auxiliaires, mais il fallait qu'elle soit accompagnée. Elle n'utilisait plus non plus le déambulateur, car elle en avait chuté à deux reprises. Elle utilisait en revanche au moins six fois par jour la plate-forme élévatrice. Des aides-soignants de la société M_____ l'aidaient trois soirs sur sept pour l'habillage et le déshabillage, la douche et le shampooing, mais l'assurée aurait aimé bénéficier plus régulièrement d'une telle aide. Pour les soins et les contrôles de santé, une infirmière de la coopérative des soins infirmiers venait deux matins sur sept. L'assurée était autonome pour aller aux toilettes et pour les actes « se lever, s'asseoir et se coucher » grâce au lit électrique. Elle avait l'aide d'une connaissance pour préparer certains repas et le livreur du Shop rangeait ses courses. La société N_____ Mobilité effectuait les transports en chaise roulante afin que l'assurée se rende à ses rendez-vous médicaux. Le fils de l'assurée ne venait plus du tout, il avait coupé tout contact. L'assurée ne parvenait plus à entretenir de contacts sociaux en raison de ses limitations physiques, de sorte qu'elle était très isolée socialement, mais bénéficiait de soutien psychologique régulier auprès d'une psychologue.

Concernant les propositions faites dans son bilan, l'ergothérapeute donnait encore quelques précisions, en particulier, le fait que la situation financière de l'assurée ne lui permettait pas, de manière générale, d'acheter le matériel proposé et de le faire installer (antidérapants sous les tapis, anneaux de porte-clefs et rubans à mettre sur les zips de fermeture éclair, lunette de WC munie d'accoudoirs, barre latérale de redressement pour le lit). Quant au fait d'installer une chaise percée à côté du lit (pour éviter de se déplacer jusqu'au WC durant la nuit), elle avait besoin d'aide pour vider et nettoyer le pot le matin. Par ailleurs, elle avait un rendez-vous chez l'ophtalmologue pour faire réévaluer sa vue. L'état de santé de l'assurée s'était encore péjoré du fait de ses soucis administratifs.

Par ailleurs, les conclusions de l'ergothérapeute demeuraient les mêmes. Elle joignait certains documents relatifs à l'assurée, à savoir une facture de révision de fauteuil roulant de Degonda, une facture de soins de M_____, une facture de

soins de la Coopérative des soins infirmiers, une facture des séances avec la psychologue, un courrier de N_____ Mobilité.

g. Sur demandes de renseignements de l'OAI, M_____ lui a transmis, par plis du 25 octobre 2019 et 6 février 2020, les informations suivantes : elle avait été sollicitée le 30 juillet 2018 par une infirmière de la Coopérative des soins infirmiers lui demandant d'intervenir auprès de l'assurée pour les soins d'hygiène. Son personnel intervenait uniquement pour des soins d'hygiène de base le soir, sous la forme d'une aide à la toilette, à raison de trois fois par semaine, les lundis, mercredis et vendredis. L'assurée avait besoin d'une aide indirecte pour se lever, s'asseoir, manger et aller aux toilettes – étant précisé qu'elle était incontinente – et d'une aide directe pour se vêtir, se dévêtir et pour les soins d'hygiène du corps. Elle se déplaçait avec une canne à l'intérieur, avec néanmoins un risque de perte d'équilibre et disposait d'une téléalarme. L'assurée avait besoin d'une aide partielle pour se lever lors de chaque mobilisation car elle risquait de chuter ; pour s'asseoir, la soignante la retenait afin qu'elle ne se mette pas en danger ; la soignante l'aidait également pour l'accompagner aux toilettes afin qu'elle soit en sécurité ; pour le repas, il fallait lui préparer l'environnement proche d'elle, tel que préparer la table et réchauffer le plat. Pour les actes se vêtir, se dévêtir et pour les soins d'hygiène du corps – besoins pour lesquelles une aide directe était nécessaire – l'assurée était partiellement dépendante.

h. Une nouvelle enquête à domicile a été réalisée le 18 août 2020. À la suite de celle-ci, un rapport a été établi et signé, le 24 septembre 2020, par O_____, responsable des évaluations spécifiques AI, et P_____, infirmière et évaluatrice AI.

Ce rapport d'enquête rapportait les éléments suivants :

Après un succinct rappel des atteintes dont souffrait l'assurée, il était exposé qu'à la suite de l'arrêt du 21 janvier 2019 de la CJCAS, une nouvelle enquête était réalisée au domicile de l'assurée, en présence de son avocat. L'assurée était veuve et vivait seule depuis 2014.

Pour chacun des actes ordinaires de la vie, étaient systématiquement mentionnées les réponses transmises par l'assurée le 2 novembre 2016 dans le questionnaire pour la révision de l'allocation pour impotent, ainsi que les observations figurant dans le rapport d'enquête du 19 décembre 2019.

L'assurée avait besoin d'une aide régulière et importante pour se déplacer à l'extérieur et, à partir seulement de juillet 2018, pour se doucher. Malgré les moyens auxiliaires à disposition (aquatec et poignée de bain), une aide à la douche, trois fois par semaine, avait été mise en place dès juillet 2018 auprès de M_____.

En revanche, la nécessité d'une telle aide pour les autres actes ordinaires de la vie était exclue.

L'assurée ne recevait aucune aide directe, régulière et importante pour les actes « se vêtir », « se dévêtir » ou « préparer les vêtements », étant précisé que l'utilisation de moyens auxiliaires simples et adéquats faisait partie de l'obligation de réduire le dommage, de sorte que l'aide éventuelle pour mettre des chaussettes, pour sortir par temps froid, ne pouvait pas être pris en compte sans évaluation d'un moyen auxiliaire tel que l'enfile-chaussettes, lequel n'avait pas été testé.

Elle n'avait pas non plus besoin d'aide régulière et importante pour les actes « se lever », « s'asseoir » et « se coucher ». L'intéressée ne recevait aucune aide pour s'asseoir dans son fauteuil roulant et en ressortir et était autonome pour se coucher et s'installer confortablement dans son lit grâce à son lit électrique, étant précisé que l'installation de moyens auxiliaires adaptés – tels que des barres de lit ou une potence – pourrait lui permettre encore de se retourner avec plus d'aisance dans son lit.

Bien que l'assurée indiquait ne pas pouvoir couper des aliments durs, l'aide pour l'acte « couper les aliments » ne pouvait pas être prise en compte, car les aliments durs n'étaient pas consommés tous les jours, l'assurée n'utilisait aucun moyen auxiliaire (couteau ergonomique ou planche à clous) et aucune évaluation n'avait été effectuée par une ergothérapeute pour cette situation. L'assurée confirmait ne pas pouvoir préparer un repas, ouvrir des paquets de viande séchée ou ouvrir des boites de conserve et rapportait qu'une de ses voisines lui préparait des repas dans un Tupperware, qu'elle réchauffait ensuite au micro-ondes, précisant qu'elle mangeait toujours seule. Elle expliquait que sa situation médicale s'était péjorée depuis la dernière enquête et que désormais, elle mettait la confiture sur ses tartines avec une cuillère.

Elle était autonome pour « se laver » (soins d'hygiène au lavabo) et pour « se coiffer ». Avant juillet 2018, aucune aide régulière et importante pour « se baigner/ se doucher » n'était retenue, puisque l'assurée confirmait les déclarations faites lors de l'enquête du 19 décembre 2016, à savoir que grâce à l'aquatec installé en 2012 et dans la mesure où elle était seule, elle ne demandait plus l'aide de tiers pour prendre une douche quotidienne, elle ne voulait pas d'aide-soignant de l'IMAD, qui ne venait pas à heure régulière, tout en indiquant qu'elle ne parvenait pas à se laver le dos (l'esthéticienne le faisait une fois par mois pour elle) et que pour les pieds, elle les lavait tant bien que mal. Elle se débrouillait comme elle le pouvait, expliquant qu'en raison des nombreuses interventions chirurgicales, elle se sentait mal à l'aise avec ses cicatrices et n'arrivait pas à se mettre nue devant des tiers.

Pour « aller aux toilettes », l'assurée était autonome, elle ne recevait aucune aide et ne possédait aucun moyen auxiliaire. Elle souffrait de légère incontinence, mais mettait des Tena pants et était autonome pour les changer.

Elle était autonome pour « se déplacer » à l'intérieur de son appartement, en utilisant la plupart du temps le fauteuil roulant manuel, capable de se lever et de

maintenir un petit moment la position en statique debout et marcher du hall d'entrée à son balcon, en traversant la cuisine, sans l'aide de cannes ou de bâtons de marche.

Elle était également autonome pour entretenir des contacts sociaux, bien que les déplacements hors du domicile qu'elle pouvait effectuer seule et de manière autonome étaient restreints. Elle descendait avec la plateforme pour sortir son chien dans le champ d'en face. Elle avait la possibilité de se rendre en fauteuil roulant jusqu'au tea-room du village, mais ne le faisait pas, car c'était trop cher et revenait à une dépense inutile.

Elle n'avait pas d'atteinte des organes sensoriels ou de grave infirmité physique nécessitant une aide de tiers pour entretenir des contacts sociaux.

L'aide nécessaire était fournie par M_____, des amis ainsi que des bénévoles.

Le critère de l'accompagnement durable n'était pas pris en compte en raison de l'âge de l'assurée. Quant aux soins exigés par l'invalidité, l'intéressée bénéficiait d'un passage infirmier deux fois par semaine, une fois pour un contrôle de santé (TA, pulsations, T°, saturation O2) et préparation d'un semainier et une seconde fois pour la surveillance du diabète, changement du cathéter à insuline, conseils et soins des pieds, ensuite l'assurée gérait elle-même ses glycémies (huit fois par jour) et réglait sa pompe à insuline de manière autonome. Elle avait besoin d'aide permanente de jour pour les soins de base et pour suivre son traitement, précisant que les soins étaient nécessaires dans cette proportion depuis mai 2013 et que les traitements étaient fournis par une infirmière de la CSI. L'assurée n'avait pas besoin d'une surveillance personnelle car, bien qu'elle vivait seule, elle disposait d'une téléalarme et ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une surveillance personnelle au sens de l'AI.

Comme moyens auxiliaires mis à sa disposition, il y avait une plateforme élévatrice, un déambulateur, un fauteuil roulant électrique, un scooter électrique, un lit électrique, un aquatec, une poignée de bain, des cannes et des bâtons de marche. L'assurée indiquait ne plus pouvoir utiliser le scooter ni le fauteuil roulant électrique. Il était cependant estimé que plusieurs moyens auxiliaires simples et adéquats lui permettraient de garder un maximum d'autonomie dans sa vie quotidienne.

Depuis le décès de son époux en 2014, l'assurée avait fait preuve de volonté et s'était adaptée à son handicap. Avec l'aide d'un ergothérapeute, elle s'était donnée la peine de réduire le dommage dû à son handicap, ce qui était exigible au vu de l'octroi d'une allocation.

À la suite de l'enquête du 19 décembre 2019, l'AI a estimé que les conditions pour une allocation pour impotent n'étaient plus remplies, l'assurée n'ayant besoin d'aide pour qu'un seul acte ordinaire, soit celui de se déplacer à l'extérieur. Sur la base de l'enquête du 18 août 2020, les éléments apportés permettaient d'arriver à la même conclusion. En revanche, entre temps l'état de santé de

l'assurée s'était péjoré. Il était ainsi recommandé d'admettre la nécessité d'une aide régulière et importante pour un acte ordinaire de la vie dès juillet 1991 et pour deux actes ordinaires de la vie dès juillet 2018. En outre, l'état de santé de l'assurée nécessitait des soins permanents dès mai 2013. Il s'agissait d'une reprise d'invalidité. L'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible était ainsi suggéré dès octobre 2018 (après les trois mois d'aggravation).

i. Par décision du 3 décembre 2020, la caisse a partiellement admis l'opposition de l'assurée du 22 février 2017, confirmé sa décision du 17 février 2017 supprimant l'allocation pour impotence dès le 1er avril 2017 et octroyé une allocation pour impotence de degré faible dès le 1er octobre 2018.

C. **a.** Par acte du 21 janvier 2021, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant principalement à son annulation, au constat qu'elle continuait à avoir droit à une allocation pour impotent de degré moyen et à la condamnation de l'intimée à prester en conséquence avec intérêts moratoires pour les prestations échues. Préalablement, la recourante a conclu à ce qu'il soit ordonné un transport de la chambre de céans à son domicile, en présence de l'infirmière évaluatrice AI, ainsi qu'à l'audition des Drs G_____ et J_____, de Madame L_____ et de Madame Q_____.

Elle faisait valoir qu'à chaque fois que son droit aux prestations avait fait l'objet d'une révision, les médecins qui s'étaient prononcés sur son état de santé avaient constaté une aggravation. En 2012, lors de la précédente révision de son droit, il avait été constaté qu'elle avait besoin d'aide pour se vêtir, se dévêtir, se lever, couper ses aliments, se coiffer, se baigner, se doucher et pour se déplacer à l'extérieur ; son droit à une allocation pour impotence moyenne avait ainsi été maintenu. Pourtant, à cette époque, elle disposait déjà des moyens auxiliaires évoqués dans l'enquête suivante réalisée en 2016 et son mari était vivant. Dans l'intervalle, son état de santé s'était aggravé, ce qui était attesté par son médecin traitant. Ainsi, il n'existait absolument aucun motif de révision et l'infirmière qui avait réalisé les enquêtes du 19 décembre 2016 et du 18 août 2020 n'avait fait que porter une nouvelle appréciation sur une situation qui s'était en réalité aggravée et nullement améliorée. À titre subsidiaire, elle estimait que l'enquête avait été réalisée de manière arbitraire et ne remplissait pas les exigences lui permettant de lui accorder la moindre valeur probante. Le rapport du 18 août 2020 était totalement éloigné des constatations médicales figurant au dossier et contredisait le rapport d'ergothérapie de Mme L_____, ainsi que les constatations de son avocat, présent lors de l'enquête à domicile. Dans la mesure où depuis le décès de son mari, elle parvenait à vivre seule, l'enquêtrice partait du principe qu'elle pouvait se débrouiller et c'était de manière arbitraire que celle-ci lui reconnaissait des facultés dont elle ne disposait manifestement plus.

L'avocat de la requérante indiquait notamment avoir assisté à la visite à domicile dans le cadre de l'enquête du 18 août 2020 et avoir relevé de manière générale, concernant les limitations, que la recourante tremblait énormément à cause de son

diabète – ce qui était objectivement constatable – et avait une capacité très limitée de préhension en raison de son arthrose. En raison de son AVC, elle avait perdu beaucoup de mots et ne parvenait pas toujours à se faire comprendre. Il indiquait encore avoir été choqué par la manière dont l'enquête s'était déroulée ; il citait plusieurs propos que la recourante avait eu lors de la visite à domicile et qu'il avait pu noter, étant donné qu'il était présent, mais qui n'apparaissait pas au rapport d'enquête.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée et, pour elle, l'OAI, ont conclu les 22 et 23 février 2021 au rejet du recours, estimant que les éléments ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

c. Par réplique du 19 avril 2021, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions et a produit, en particulier, un rapport du 16 mars 2021 du Dr G_____, une attestation du 18 mars 2021 de la Dresse J_____, ainsi qu'une lettre du 16 mars 2021 rédigée par ses soins.

d. Par duplique du 17 mai 2021, l'intimée et, pour elle, l'OAI, ont produit un avis du 3 mai 2021 du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), auquel les documents médicaux nouvellement produits par la recourante avaient été soumis. Le SMR estimait que les atteintes dont souffrait la recourante avaient été prises en compte lors des diverses enquêtes ménagères et que les rapports médicaux nouveaux n'apportaient ainsi pas d'élément nouveau objectif pouvant remettre en question les conclusions des enquêtrices en 2016 et 2020.

e. La recourante a maintenu sa requête de transport sur place et d'ouverture d'enquêtes pour entendre les témoins et a persisté dans ses conclusions.

f. Convoquée à une audience par-devant la chambre de céans, la recourante a indiqué ne pas être en mesure de se présenter en raison de son état de santé.

g. Entendu par la CJCAS le 14 juin 2022, le Dr G_____ a confirmé être le médecin généraliste de la recourante depuis le 5 juillet 2019 et la recevoir régulièrement dans le cadre du traitement de ses maladies chroniques multiples. Son rôle était notamment de coordonner les différentes thérapies et favoriser l'accès aux soins, précisant qu'au départ, la recourante avait de la peine à se rendre aux consultations, par peur de ne pas pouvoir en assumer les coûts et de ceux des transports, de sorte qu'il avait fallu la rassurer. Elle était très isolée socialement, du fait qu'elle habitait à la campagne et que ses déplacements étaient difficiles en raison de ses troubles. Elle souffrait de nombreuses atteintes affectant notamment sa mobilité, de troubles neurologiques à la suite d'un AVC, de troubles sensoriels du côté gauche, de troubles ostéo-articulaires, de problèmes du rachis lombaire et cervical et de troubles de la vue. Elle avait d'ailleurs subi une opération de la cataracte qui n'avait pas donné entière satisfaction et souffrait d'un glaucome. Elle souffrait également d'hypoacousie pour laquelle elle avait dû être aidée pour qu'elle obtienne un appareillage adapté, de diabète qui était mal équilibré et en raison duquel elle faisait régulièrement des crises d'hypoglycémie malgré sa

pompe à insuline, de polyneuropathie avec des difficultés à la marche et des risques d'infections. La recourante souffrait encore de troubles anxieux et dépressif, en partie réactionnels à ses atteintes physiques et également à l'absence de reconnaissance de ses troubles. Il était dur pour elle de ne pas savoir si elle aurait suffisamment de ressources à l'avenir. Elle souffrait d'une grande solitude malgré ses contacts avec des soignants. Une infirmière passait chez elle deux fois par semaine pour contrôler son diabète et préparer son pilulier et une aide-soignante, venait trois fois par semaine pour sa douche. Elle avait besoin d'aide pour se déplacer ; pour se rendre à sa consultation, un transport était nécessaire, puis, depuis la voiture, elle se déplaçait avec ses cannes. Son ergothérapeute avait récemment fait un nouveau rapport dans lequel elle mettait en évidence un risque de chute important et le Dr G_____ avait lui-même pu constater lors de consultations qu'elle avait des hématomes aux poignets et aux bras, témoignant de ses chutes à domicile. L'ergothérapeute avait également indiqué que certaines adaptations devraient être faites dans le logement, notamment l'installation d'une douche à l'italienne en lieu et place de la baignoire que la recourante ne pouvait plus utiliser, et relevait que le périmètre de leur patiente était très limité et qu'elle avait de plus en plus de peine à utiliser le lift pour les marches. La recourante souffrait de douleurs chroniques et prenait un traitement lourd, composé d'opiacés contre ses douleurs et l'anxiété, d'anxiolytiques et d'un traitement conséquent pour son diabète.

Il avait constaté, lors des consultations, des lenteurs chez la recourante pour se vêtir et se dévêtir ; elle avait également des difficultés de motricité qui la handicapait lorsqu'il s'agissait de s'habiller. Il avait constaté des pertes d'équilibre, notamment lorsqu'elle devait monter sur le pèse-personne. Il lui arrivait de venir en consultation sans chaussettes et avec des chaussures ouvertes, ce que ce médecin expliquait par le fait qu'elle avait des difficultés surtout pour revêtir ses chaussettes et pantalons. Il lui arrivait d'être en retard à ses consultations ; elle était très soucieuse et avait manqué peut-être un rendez-vous en raison d'une incompréhension et non de difficultés à se vêtir et venir à la consultation. La recourante lui avait rapporté des chutes par le passé, mais il n'avait constaté plusieurs fois lors des consultations que depuis le début de cette année des hématomes sur ses bras et poignets, qui étaient dus à des chutes dans l'appartement ou des heurts contre les meubles en raison de pertes d'équilibre. Cela l'avait frappé puisque, encore récemment, il avait observé des hématomes et la recourante lui avait expliqué s'être levée trop rapidement, avoir perdu l'équilibre et être tombée.

Il avait également constaté que la recourante avait des difficultés à se lever de la table d'examen, cela prenait du temps et elle souffrait de déséquilibres, de sorte qu'elle craignait de tomber en se levant. Il lui était arrivé de l'aider à se relever ou de la tenir dans les moments vulnérables lorsqu'elle venait de se lever. La station assise prolongée était facteur de douleurs, notamment dans le dos. Par ailleurs, des

soignants l'avait informé du fait que la recourante n'avait pas pu se lever ; il s'agissait d'épisodes ponctuels, en lien avec des crises d'hypoglycémie ou une infection, lors desquels elle avait de la peine à se lever malgré le lit électrique. Le reste du temps, elle indiquait pouvoir se lever grâce à son lit électrique. Elle prenait un médicament pour fluidifier le sang, de sorte qu'en cas de chute, elle pouvait avoir un hématome, voire également saigner, si elle tombait sur la tête.

De temps en temps, la recourante pouvait manger ce qu'une voisine lui préparait. La plupart du temps elle mangeait de la soupe et de la viande séchée, ce qui n'était pas un régime très adapté, notamment pour son diabète, et cela expliquait en partie le déséquilibre actuel et notamment ses hyperglycémies. Elle avait des difficultés à cuisiner, à utiliser un couteau, et reconnaissait avoir la chance d'être aidée par sa voisine. Compte tenu des difficultés, de la lenteur et de la diminution de sa dextérité, on pouvait imaginer qu'elle ait des difficultés à manipuler des ustensiles dans la cuisine ; elle manquait de force également pour couper des aliments.

La recourante avait rapporté au Dr G_____ certaines difficultés dans son hygiène corporelle, mais il n'avait jamais constaté une hygiène défectueuse. Selon lui, l'aide qu'elle recevait trois fois par semaine suffisait pour lui garantir cette hygiène. Il ne savait pas comment la recourante gérait son hygiène dans le détail, car elle ne lui en avait pas parlé, en revanche, il ressortait de l'appréciation de l'ergothérapeute que leur patiente avait de plus en plus de peine à prendre soin d'elle, raison pour laquelle l'ergothérapeute préconisait l'installation d'une douche à l'italienne. Plus récemment, la recourante lui avait parlé d'urgences mictionnelles qui pouvaient être liées à son diabète. Cela l'inquiétait de devoir se rendre très rapidement aux toilettes, car elle souffrait de troubles de la marche. Il n'y avait en revanche pas de grosses incontinences et elle pouvait se mobiliser seule pour aller aux toilettes. Il a expliqué que la recourante portait des protections par peur de ses problèmes d'incontinence et de n'avoir personne à appeler en cas d'accident, qu'elle n'avait pas précisé si elle arrivait ou non à mettre ou enlever ces protections ou si elle avait besoin d'une aide pour ce faire, mais c'était une préoccupation pour elle.

Le Dr G_____ était inquiet par rapport à la perte d'autonomie de la recourante. En plus des difficultés rencontrées dans la salle de bain et déjà mentionnées, sa patiente avait de plus en plus de problèmes de mobilité, pour accéder aux marches vers son appartement et à l'intérieur de l'appartement, où elle n'avait pas de moyen auxiliaire adapté, n'utilisant pas vraiment ses cannes, mais se tenant à ses meubles. Il précisait que la recourante, qui avait un chien, pouvait faire quelques pas avec ses cannes, mais qu'autrement elle utilisait son fauteuil roulant et avait besoin de l'aide d'un tiers.

À sa connaissance, la recourante avait une vie sociale très maigre, étant limitée par la logistique de transport, son isolement et le peu de lien familial (elle avait mentionné un fils avec lequel les relations n'étaient pas bonnes). Le Dr G_____

avait regardé avec elle s'il y avait la possibilité qu'elle aille à un club des aînés, mais il n'y en avait pas dans le périmètre qui aurait pu lui être accessible au vu de ses difficultés. Il avait également été difficile de trouver une physiothérapeute à proximité.

Il estimait la prise en charge actuelle, à savoir le passage infirmier deux fois par semaine (pour le pilulier et le contrôle du diabète) et de soignants trois fois par semaine (pour les soins personnels), adéquate. Cela étant la recourante souffrait de pathologies chroniques qui s'aggravaient lentement et, dans le futur, une prise en charge quotidienne et plus importante pourrait être nécessaire.

Il précisait que fin 2020, sa patiente avait souffert du COVID, ainsi que d'une insuffisance respiratoire, de sorte qu'elle avait dû être hospitalisée à l'hôpital de La Tour ; son rétablissement avait été lent, avec des troubles respiratoires et une hyper réactivité bronchite. À son retour à domicile, des contrôles étaient effectués chaque jour pendant environ un mois.

Le Dr G_____ avait constaté une évolution lentement défavorable depuis 2019 en termes de mobilité et de complications cardio-vasculaire. À titre d'exemple, il indiquait que l'habillage prenait plus de temps désormais et que sa patiente renonçait à se dévêtir complètement, la marche était plus lente, avec plus de chutes qu'au début du suivi, notamment en début de cette année. Du point de vue psychiatrique, il n'avait pas constaté de dégradation continue, mais plutôt par vague ; la recourante exprimait des idées noires, sans clair projet suicidaire. Depuis 2019, il y avait une labilité persistante, ainsi qu'un renoncement au quotidien ; par exemple, au début du suivi, elle exprimait davantage de demandes concernant sa vie sociale, alors qu'aujourd'hui, le Dr G_____ avait constaté une résignation de la part de sa patiente, en lien avec la dégradation de son état de santé.

Mise à part l'opération récente de la cataracte, la recourante était constamment suivie pour son diabète, une physiothérapie – pour laquelle elle faisait beaucoup d'efforts – avait été mise en place et elle prenait beaucoup de médicaments, étant précisé que la médication actuellement ne pouvait pas être beaucoup modifiée. Cela étant, lors d'une dernière consultation, il avait constaté des problèmes de vertiges et d'instabilités, dus à la tension qui était très basse, de sorte qu'il avait diminué les hypotenseurs ; la situation était maintenant meilleure.

h. Le 28 juin 2022, la recourante a produit un rapport du 27 mai 2022 établi par sa nouvelle ergothérapeute, ainsi qu'une attestation du Dr G_____.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 1 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10).

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

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

3. Le litige a trait à la suppression, dès le 1er avril 2017, de l'allocation pour impotence de degré moyen, puis à l'octroi, dès le 1er octobre 2018, d'une allocation pour impotence de degré faible.

4.

4.1 L'art. 17 al. 2 LPGA dispose que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

Le point de savoir si un changement notable de circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision de la prestation entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

4.2 Les art. 87 à 88bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) sont applicables par analogie à la révision de l'allocation pour impotent de l'AVS (art. 66bis al. 2 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 ; RAVS – RS 831.101).

La révision a notamment lieu d'office lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 let. b RAI). La procédure en révision est menée par l'office AI qui, à la date du dépôt de la demande en révision ou celle du réexamen du cas, est compétent au sens de l'art. 40 (art. 88 al. 1 RAI). L'office AI instruit la demande de révision, il réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé de l'assuré (art. 69 al. 2 RAI applicable par analogie ; art. 88 al. 4 RAI). L'office AI communique le résultat du réexamen du cas de rente ou du cas d'allocation pour impotent pour les assurés majeurs à la caisse de compensation compétente (art. 88 al. 3 1ère phrase RAI).

4.3 À teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si notamment l'impotence de l'assuré ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit

aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

5.

5.1

5.1.1 En l'occurrence, par décision initiale du 13 mai 1993, l'OAI a octroyé à la recourante une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1er juillet 1992, puis, au terme d'une première procédure de révision, une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1er mai 1996 (cf. décision du 6 août 1997).

Au terme d'une deuxième procédure de révision initiée en 2005, lors de laquelle il a été reconnu que l'état de la recourante s'était encore aggravé, l'OAI a, par décision du 28 janvier 2010, maintenu le droit à une allocation pour impotent de degré moyen. À la suite d'une troisième procédure de révision initiée en 2012, l'OAI a également maintenu ce droit par décision du 14 mai 2012 ; lors de l'enquête à domicile du 23 mars 2012, l'enquêtrice admettait la nécessité d'une aide régulière depuis plusieurs années pour cinq actes ordinaire de la vie : « se vêtir » et « se dévêtir », car elle avait besoin de l'aide de son mari pour mettre ses pulls, soutien-gorge, chaussettes et souliers ; « se lever », son mari devait la tirer de la position couchée à assise, mais l'installation de la barre de redressement permettrait peut-être de se passer de cette aide ; « couper les aliments », « se coiffer » et « se baigner/doucher », puisque malgré la planche de bain, elle avait besoin d'une aide complète ; « se déplacer à l'extérieur », car depuis plusieurs années, elle marchait avec des cannes sur de petites distances, mais avait besoin d'être accompagnée pour tous les trajets à l'extérieur, étant précisé qu'elle venait de demander un fauteuil roulant pour pouvoir sortir un peu plus. L'enquêtrice relevait notamment que la recourante bénéficiait alors de deux cannes et d'une planche de bain et elle préconisait l'octroi d'un fauteuil roulant, d'un siège aquatec, d'un lit électrique, d'un scooter électrique, d'une barre de redressement, ainsi que d'une poignée de sécurité à la salle de bain et aux WC. Par la suite, la recourante a reçu les moyens auxiliaires proposés par l'enquêtrice, quelques adaptations ont également été réalisées à son domicile, notamment à la cuisine, et une plate-forme élévatrice a été installée.

5.1.2 Dans le cadre de la procédure de révision initiée le 3 octobre 2016, l'enquêtrice a retenu que la recourante n'avait besoin d'une aide régulière et importante plus que pour un acte ordinaire de la vie (les déplacements à l'extérieur plus lointains que devant son immeuble), qu'elle avait certes besoin de soins permanents, mais pas de surveillance personnelle permanente et que l'accompagnement durable ne pouvait pas être retenu en raison de son âge (au-delà de l'AVS), de sorte qu'à son avis, elle ne remplissait plus les conditions d'octroi du droit à l'allocation pour impotent. L'intimée a alors supprimé le droit à

l'allocation pour impotent dès le 1er avril 2017, par décision du 17 février 2017, confirmée le 12 mai 2017.

Cette décision a été annulée par la CJCAS, par arrêt du 21 janvier 2019, qui a déclaré le rapport d'enquête du 4 janvier 2017 non probant et renvoyé la cause à l'intimée pour nouvelle instruction.

Une nouvelle enquête à domicile a été réalisée le 18 août 2020, laquelle parvenait à la même conclusion que celle du 19 décembre 2016. En revanche, il était estimé que l'état de santé de la recourante s'était entre-temps péjoré, de sorte qu'une aide pour un seul acte ordinaire était nécessaire dès juillet 1991 et pour deux actes ordinaires dès juillet 2018, en sus du besoin de soins permanents dès mai 2013. Ainsi, il était suggéré d'octroyer une allocation pour impotent de degré faible dès octobre 2018 (après trois mois d'aggravation). Sur quoi, l'intimée a rendu la décision litigieuse le 3 décembre 2020, indiquant admettre partiellement l'opposition de la recourante, confirmant sa décision initiale du 17 février 2017 supprimant l'allocation dès le 1er avril 2017, mais octroyant, dès le 1er octobre 2018, une allocation pour impotent de degré faible.

5.2 Préalablement, la chambre de céans relève que l'intimée, après avoir repris l'instruction du dossier, a rendu derechef une « nouvelle décision sur opposition ».

Contrairement à ce que semble croire l'intimée, l'annulation de la décision ne fait pas renaître la décision initiale. En effet, il convient de rappeler que la décision sur opposition remplace la décision initiale et devient, en cas de recours à un juge, l'objet de la contestation de la procédure judiciaire (cf. ATF 125 V 415 ss consid. 2; Ulrich MEYER-BLASER, Der Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, 2001, n° 17 p. 19; MEYER/von ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre MOOR, 2005, p. 435 ss; Hansjörg SEILER, Rechtsfragen des Einspracheverfahrens in der Sozialversicherung [Art. 52 ATSG], in Sozialversicherungsrechtstagung 2007, n° 10.5 p. 99 sv.).

Or, dans la mesure où sa décision sur opposition a été annulée par la CJCAS, toute la procédure administrative antérieure est invalidée. Ainsi, l'intimée devait rendre une nouvelle décision, sujette à opposition, conformément à la LPGA. La procédure d'opposition est en effet obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit administratif subséquente (arrêt C 279/03 du 30 septembre 2005 consid. 2.2.2, in SVR 2006 ALV n° 13 p. 43; cf. aussi ATF 130 V 388).

Cela étant, nonobstant cette informalité, la chambre de céans, par économie de procédure et de temps et au vu du contexte particulier du cas d'espèce, entrera en matière sur le recours.

5.3 Il convient donc de déterminer, dans le cadre de la procédure de révision initiée le 3 octobre 2016, si le degré d'impotence de la recourante s'est modifié depuis la décision du 14 mai 2012. Dans la mesure où la décision litigieuse

supprime l'allocation pour impotent de degré moyen à partir du 1er avril 2017, la période litigieuse s'étend du 1er avril 2017 au 3 décembre 2020 (date de la décision querellée).

6.

6.1 Selon l'art. 43 bis al. 1 LAVS, ont droit à l'allocation pour impotent notamment les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui présentent une impotence (art. 9 LPGA) grave, moyenne ou faible. La rente de vieillesse anticipée est assimilée à la perception d'une rente de vieillesse.

La LAI s'applique par analogie à l'évaluation de l'impotence. Il incombe aux offices de l'assurance-invalidité de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation. Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires (art. 43bis al. 5 LAVS).

6.2 Selon l'art. 37 al. 3 RAI (applicable par analogie ; art. 66bis al. 1 RAVS), il y a impotence de degré faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b); de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; ou 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).

Selon l'art. 37 al. 2 RAI (applicable par analogie; art. 66bis al. 1 RAVS), l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a ; au moins quatre, selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 8009) ; ou 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 (let. b).

Le fait que, pour fixer le degré d'impotence, l'art. 66bis al. 1 RAVS ne tienne pas compte du besoin d'accompagnement, c'est-à-dire de l'art. 37 al. 2 let. c et al. 3 let. e RAI, est conforme à la loi. Ainsi, les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui n'avaient pas besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie avant d'atteindre l'âge de la retraite ne peuvent prétendre à l'allocation pour impotent de l'AVS pour ce motif (ATF 133 V 569 consid. 5.4).

7.

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

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

7.2 De manière générale, on ne saurait considérer qu'est apte à accomplir un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (cf. ATF 121 V 88 consid. 6 : p. ex. apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner ; ATF 106 V 159 consid. 2b). Ce principe est en particulier applicable lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité d'accomplir l'acte consistant à aller aux toilettes (ATF 121 V 95 consid. 6c ; ATF 121 V 94 consid. 6b et les références). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'atteinte à la santé, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4). Par ailleurs, il n'y a aucune raison de traiter différemment un assuré qui n'est plus en mesure d'accomplir une fonction (partielle) en tant que telle ou ne peut l'exécuter que d'une manière inhabituelle et un assuré qui peut encore accomplir cet acte, mais n'en tire aucune utilité (ATF 117 V 151 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/02 du 30 septembre 2002 consid. 1 et 2.1).

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

7.4 Concernant l'acte ordinaire « se vêtir / se dévêtir », il y a impotence lorsque l'assuré ne peut lui-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou une prothèse. Il y a également impotence lorsque l'assuré peut certes s'habiller seul, mais qu'il faut lui préparer ses habits ou contrôler si sa tenue correspond aux conditions météorologiques ou encore qu'il n'ait pas enfilé ses habits à l'envers (ch. 8014 CIIAI).

On peut exiger d'un assuré, qui a des difficultés pour fermer les petits boutons et enfiler certaines chaussures, qu'il conserve son indépendance par des mesures appropriées, par exemple en portant des vêtements sans boutons (trop petits) ou des chaussures qui ne nécessitent pas d'être attachées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_544/2014 du 21 octobre 2014 consid. 6.2 in fine et la référence).

7.5 Concernant l'acte ordinaire « se lever / s'asseoir / se coucher », il y a impotence lorsqu'il est impossible à l'assuré de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. Si néanmoins il peut effectuer des changements de position lui-même, il n'y a pas impotence. Les différentes situations (à la maison, au travail, ailleurs à l'extérieur) doivent être évaluées séparément (ch. 8015 CIIAI).

7.6 En ce qui concerne l'acte ordinaire « manger », il y a impotence lorsque l'assuré peut certes manger seul, mais ne peut couper ses aliments lui-même, ou lorsqu'il peut les porter à sa bouche seulement avec les doigts (ATF 121 V 88 consid. 3c ; ATF 106 V 153 consid. 2b ; ch. 8018 CIIAI).

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

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

Il n'y a par contre pas d'impotence si l'assuré n'a besoin de l'aide directe d'autrui que pour couper des aliments durs, car de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours et l'assuré n'a donc pas besoin de cette aide de façon régulière ni dans une mesure considérable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_791/2016 du 22 juin 2017 consid. 4 et la référence).

Un régime alimentaire (p.ex. dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence (ch. 8018 CIIAI).

7.7 En ce qui concerne l'acte « faire sa toilette », il y a impotence lorsque l'assuré ne peut effectuer lui-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle, soit se laver, se coiffer, se raser, prendre un

bain ou se doucher (arrêt du Tribunal fédéral 9C_373/2012 du 22 août 2012 consid. 4.2). Des difficultés supplémentaires ou un ralentissement pour accomplir ces actes ne suffisent pas à l'admission d'une impotence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_912/2008 du 5 mars 2009 consid. 10.2 et les références).

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

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

Par contre, il n'y a pas impotence lorsque les actes ne doivent pas être assumés quotidiennement, comme par exemple lorsque l'assuré a besoin d'aide pour se coiffer ou se vernir les ongles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 6.2).

7.8 Concernant l'acte ordinaire « aller aux toilettes », il y a impotence lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène, pour se rhabiller, pour s'asseoir sur les toilettes ou pour s'en relever (ATF 121 V 88 consid. 6). C'est également le cas lorsqu'il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes (par ex. apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner etc. ; Pratique VSI 1996 p. 182 ; ch. 8021 CIIAI).

7.9 En ce qui concerne l'acte « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux », il y a impotence lorsque l'assuré, bien qu'il dispose de moyens auxiliaires, ne peut plus se déplacer lui-même dans le logement ou à l'extérieur, ou entretenir des contacts sociaux (ch. 8022 CIIAI).

Par contacts sociaux, on entend les relations humaines telles qu'elles se pratiquent quotidiennement (par ex. lire, écrire, fréquenter des concerts, des manifestations politiques ou religieuses, etc. ; RCC 1982 p. 119 consid. 1c et p. 126 consid. 1b ; ch. 8023 CIIAI).

7.10 Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie pour lesquelles l'assuré a besoin de l'aide d'autrui, parfois à plusieurs reprises si la même fonction s'inscrit dans plusieurs actes ordinaires, ne peuvent être prises en considération qu'une seule fois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_839/2009 du 4 juin 2010). La jurisprudence prévoit toutefois une exception pour la fonction « aller aux toilettes ». Selon cette dernière, font également partie des fonctions partielles de cet acte ordinaire de la vie le rhabillage (ATF 121 V 88), l'accompagnement aux

toilettes, ainsi que l'aide apportée pour s'y asseoir et se relever (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 150/03 du 30 avril 2004 ; ch. 8027 CIIAI).

7.11 Selon la jurisprudence, la notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI, qui est traduite en temps destiné à apporter de l'aide supplémentaire (cf. art. 39 al. 3 RAI), ne se confond pas avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré aux traitements et aux soins de base, si bien que des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et les références).

Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (arrêt du Tribunal fédéral précité consid. 3.1 et les références).

La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (arrêt du Tribunal fédéral précité consid. 3.1 et les références).

8. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du

rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 130 V 61 consid. 6.2; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; 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 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

10. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

11.

11.1 En l'occurrence, l'intimée retient qu'entre le 1er avril 2017 et le 30 septembre 2018, la recourante ne remplissait plus les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent et qu'à compter du 1er octobre 2018, elle avait le droit à une allocation pour impotent de degré faible. Se fondant sur le rapport d'enquête du 24 septembre 2020, elle estime que quand bien même l'état de santé de la recourante s'était aggravé, celle-ci ne recevait alors aucune aide régulière et importante d'un tiers pour la plupart des actes ordinaires de la vie. Elle relève que

le fait que l'accomplissement des actes ordinaires soit plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence. Or, seul le besoin d'aide pour les déplacements à l'extérieur devait, selon elle, être retenu depuis 1991. En revanche, elle reconnait que depuis le 1er juillet 2018, la situation s'était encore aggravée et la recourante présentait désormais une impotence de degré faible, dans la mesure où elle avait besoin d'aide pour accomplir un acte ordinaire de la vie supplémentaire (« faire sa toilette »). Dès lors, à la fin du délai d'attente de trois mois, le droit à une allocation pour impotent de degré faible lui était ouvert.

11.2 La recourante conteste cette évaluation.

Elle fait valoir, dans un premier grief, qu'il n'existait en réalité aucun motif de révision, car l'enquêtrice n'avait fait que porter une nouvelle appréciation sur une situation qui s'était aggravée et nullement améliorée.

Par un second grief subsidiaire, elle estime que l'enquête a été réalisée de manière arbitraire et qu'elle ne remplit pas les exigences lui permettant de lui accorder la moindre valeur probante. Selon elle, le rapport d'enquête du 18 août 2020 ne correspond pas aux constatations médicales figurant au dossier et est contredit par le rapport d'ergothérapie réalisé par Mme L_____ et par celles de son conseil lors de la visite à domicile.

Elle rapporte être incapable de se nourrir normalement, car elle est atteinte d'arthrose dans les mains et souffre de tremblements résultant de son diabète, que son autonomie ne lui permet que de manger avec les doigts de la viande séchée provenant de sachets pré-ouverts par sa voisine et de boire de la soupe, qu'elle ne dispose pas de la force nécessaire pour ouvrir un quelconque contenant et est incapable de se préparer seule un repas équilibré. Elle relève qu'en 1992 déjà, l'expert mandaté par l'OAI avait relevé qu'elle souffrait de fourmillements dans les doigts de la main gauche, de difficultés à l'utiliser pour taper à la machine, ouvrir une boîte de conserve, boutonner un vêtement ou encore tenir une fourchette. Or, depuis lors, tous les médecins qui avaient eu à connaître de sa situation de santé étaient d'avis que celui-ci s'était dégradé. Elle considère que l'enquêtrice a prétendu de manière arbitraire qu'elle pourrait tenir un couteau ergonomique, sans même lui demander, lors de sa visite à domicile, de saisir un quelconque couvert de table pour apprécier la situation. Selon la recourante, l'enquêtrice ne l'avait pratiquement pas mise en situation, se contentant de la questionner théoriquement pour observer invariablement que des moyens auxiliaires pourraient palier ses limitations.

12. À titre liminaire, il sied de rappeler qu'il est reconnu par les parties que l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré, mais aggravé.

Il ressort du dossier et des déclarations du médecin traitant de la recourante que cette dernière a de nombreux antécédents médicaux (cancer du sein en 1981 avec chimiothérapie, plusieurs embolies pulmonaires, AVC en 2008, hystérectomie et annexectomie bilatérale en 2013), souffre de maladies chroniques multiples et

présente de nombreuses atteintes invalidantes, tels que des troubles neurologiques à la suite d'un AVC, des troubles sensoriels du côté gauche, des troubles ostéo-articulaires (notamment, arthrose invalidante au niveau des mains), des problèmes du rachis lombaire et cervical (avec cervicalgies et lombalgies chroniques), des troubles de la vue, de l'hypoacousie, un diabète de type I mal équilibré et en raison duquel elle fait régulièrement des crises d'hypoglycémie malgré sa pompe à insuline, de la polyneuropathie avec des difficultés à la marche et des risques d'infections et des troubles anxieux et dépressifs

Ces éléments ne sont pas contestés par l'intimée.

13. Il convient donc, dans ce contexte, d'examiner le rapport d'enquête du 24 septembre 2020 sur lequel repose la décision querellée.

13.1 S'agissant de l'acte « se vêtir / se dévêtir », l'enquêtrice indique dans son rapport que la recourante n'avait aucune aide directe, régulière et importante et qu'elle privilégiait des vêtements amples, des pantalons élastiques faciles à mettre et enfilait des chaussures ouvertes et sans lacets au moyen d'un chausse-pied. Elle relève qu'elle avait des difficultés à mettre son soutien-gorge puisqu'elle ne parvenait pas à l'agrafer, mais qu'elle demandait à la personne qui venait pour l'aider à se doucher trois fois par semaine, de le lui mettre, puis, parvenait à l'enlever et à le remettre elle-même par le haut lorsqu'elle était seule. Elle mentionne également que la recourante lui a dit qu'elle ne pouvait pas mettre ses chaussettes de manière autonome et que son ergothérapeute lui aurait montré des exemples d'enfile-chaussettes dans un catalogue, mais qu'elle n'aurait testé aucun de ses moyens auxiliaires, car sa situation financière ne lui permettait pas de les acheter. L'enquêtrice estime donc que sans l'évaluation d'un moyen auxiliaire, elle ne peut pas prendre en compte l'aide éventuelle pour mettre des chaussettes pour sortir par temps froid et ne retient pas nécessaire une aide régulière et importante pour permettre à la recourante de s'habiller.

13.2 L'enquêtrice considère que la recourante était autonome pour s'asseoir dans son fauteuil roulant et en ressortir, ainsi que pour se mettre au lit et en sortir grâce au lit électrique, précisant qu'un moyen auxiliaire, tel que des barres de lit ou une potence, pourrait lui permettre de se retourner avec plus d'aisance dans son lit.

13.3 Concernant ensuite l'acte « manger / couper les aliments », l'enquêtrice mentionne que la recourante ne peut pas préparer un repas, ouvrir des paquets de viande séchée ou ouvrir des boîtes de conserve, qu'une de ses voisines lui prépare des repas dans un Tupperware qu'elle réchauffe ensuite au micro-ondes, qu'elle indique manger seule, ajoutant que depuis la dernière enquête, son état s'est péjoré, de sorte qu'elle doit désormais utiliser une cuillère pour mettre de la confiture sur ses tartines. S'agissant du fait que la recourante ne parvient pas à couper d'aliments durs, l'enquêtrice relève que l'aide pour couper de tels aliments ne peut être prise en compte puisque ceux-ci ne sont pas consommés tous les jours et que l'aide ne peut ainsi être considérée comme régulière et importante. Par

ailleurs, elle estime que des moyens auxiliaires pourraient également être utilisés par la recourante, comme une planche à clou et un couteau ergonomique, ce qui n'aurait pas été testé. Aussi, elle ne retient pas nécessaire une aide régulière et importante pour ces actes.

13.4 En ce qui concerne l'acte « se baigner / se doucher », l'enquêtrice mentionne que la recourante a déclaré se débrouiller comme elle le pouvait, précisant que comme elle avait subi de nombreuses interventions chirurgicales, elle n'arrivait pas à se mettre nue devant des tierces personnes, car elle ne se sentait pas à l'aise. Elle retient que la recourante était autonome pour faire sa toilette (soins d'hygiène au lavabo) et pour se coiffer. L'enquêtrice mentionne que la recourante lui a expliqué qu'elle ne voulait pas d'aide-soignantes de l'IMAD, car celles-ci ne venaient pas à heures régulières, qu'elle ne parvenait pas à se laver le dos, précisant que c'était l'esthéticienne qui le faisait une fois par mois pour elle, et qu'elle se lavait les pieds tant bien que mal. L'enquêtrice estime qu'avant juillet 2018, il n'y avait pas de nécessité d'une aide régulière et importante pour la douche, car la recourante disposait d'un moyen auxiliaire (aquatec) installé en 2012, était seule et ne demandait plus l'aide de tiers pour prendre une douche quotidienne. Elle retient cependant que l'aide pour se doucher apparait comme régulière dès juillet 2018.

13.5 Selon l'enquêtrice, la recourante était autonome pour aller aux toilettes. Elle indique que celle-ci portait des Tena pants en raison d'une légère incontinence, mais qu'elle parvenait à les changer elle-même.

13.6 Quant aux déplacements, l'enquêtrice estime que la recourante était autonome à l'intérieur de son appartement, mais pas pour les déplacements à l'extérieur au-delà de devant son immeuble.

13.7 L'enquêtrice parvient à la même conclusion que celle du rapport du 4 janvier 2017 mais retient toutefois une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis lors. Elle recommande donc d'admettre la nécessité d'une aide régulière et importante pour un acte ordinaire de la vie depuis juillet 1991 (se déplacer à l'extérieur), puis, pour deux actes ordinaires de la vie dès juillet 2018 (se déplacer à l'extérieur et se doucher).

14. Force est de constater que ce rapport est peu satisfaisant à plusieurs égards.

14.1 D'abord, l'appréciation émise par l'enquêtrice est très différente de celle des précédents enquêteurs de l'OAI qui ont rencontré la recourante depuis 1991, puisque ceux-ci ont reconnu une impotence de degré faible dès 1991, puis de degré moyen dès 1996.

L'actuelle enquêtrice ne retient aucune impotence de 1991 à 2018, puis seulement à partir de juillet 2018, une impotence de degré faible, sans expliquer expressément pourquoi elle se détache de l'appréciation émise par les précédents enquêteurs. Une telle différence d'appréciation aurait pourtant nécessité une

motivation accrue, ce d'autant plus qu'il est reconnu que l'état de santé de la recourante s'était aggravé.

14.2 Ensuite, pour chaque acte ordinaire de la vie examiné, l'enquêtrice rappelle les réponses inscrites par la recourante dans le questionnaire transmis à l'OAI le 2 novembre 2016, mais également les observations figurant au rapport du 4 janvier 2017 à la suite de l'enquête du 19 décembre 2016 et s'y réfère régulièrement en indiquant que la recourante confirme ce qu'elle aurait indiqué lors de la précédente enquête.

Or, il convient de rappeler que le rapport d'enquête du 4 janvier 2017 a été déclaré non probant par la CJCAS, de sorte que la manière dont l'enquêtrice analyse les différents actes prête à confusion. D'ailleurs, à la lecture du rapport d'enquête du 24 septembre 2020, on a le sentiment qu'il est largement influencé par celui du 4 janvier 2017.

14.3 En outre, il ressort de plusieurs éléments au dossier que la situation de la recourante n'est pas exactement celle décrite par l'enquêtrice.

14.3.1 L'on remarque d'abord que l'ergothérapeute fait état, dans son bilan du 9 juillet 2019 et son complément du 16 septembre 2019, d'une situation quelque peu différente.

Selon elle, la recourante avait mis en place une série de mesures afin de faciliter son autonomie pour plusieurs actes du quotidien. Cependant, malgré ces mesures, elle estimait que la recourante était entièrement dépendante de l'aide d'une tierce personne, en particulier, pour s'habiller, se laver, gérer ses soins, se déplacer sur de longues distances et sur des terrains non plats, se coucher et sortir de son lit sans lit électrique, se relever en cas de chute, se faire à manger, ouvrir des bouteilles, bocaux, tubes ou boîtes de conserve, couper des aliments durs, porter des objets faisant plus d'un demi kilo, faire ses achats dans les magasins, effectuer des activités ménagères.

Force est cependant de constater que, conformément à la jurisprudence susmentionnée (cf. consid. 7 supra), plusieurs éléments rapportés par cette ergothérapeute ne peuvent être pris en considération pour évaluer le degré d'impotence. Cela étant, en ce qui concerne l'habillage et le déshabillage, celle-ci déclare que la recourante ne parvenait pas à enlever ni à remettre son soutien-gorge, de sorte qu'elle le gardait pour la nuit, et restait pieds nus, car elle n'était pas capable de mettre ses chaussettes, même avec un enfile-chaussettes. Elle indique également, à l'égard de l'acte de se laver, que la recourante ne pouvait pas effectuer le transfert sur le lift de la baignoire, se faire un shampooing et se laver les pieds ni le dos.

14.3.2 La société M_____, en charge des soins d'hygiène de base auprès de la recourante trois fois par semaine depuis juillet 2018, a, elle aussi, indiqué que la recourante avait besoin d'une aide directe pour se vêtir, se dévêtir et pour les soins

d'hygiène du corps, précisant que pour ces actes, elle était partiellement dépendante.

14.3.3 Il ressort encore du dossier, notamment du détail de prestations d'une facture du 3 mars 2018, que dès janvier 2018, la recourante bénéficiait déjà d'une aide régulière, environ trois fois par semaine, pour la douche et l'habillage.

14.3.4 Le Dr G_____ a également déclaré que sa patiente avait des problèmes de motricité qui la handicapait lorsqu'il s'agissait de s'habiller, des difficultés notamment à utiliser un couteau et un manque de force pour couper des aliments. Compte tenu des difficultés, de la lenteur et de la diminution de sa dextérité, selon ce médecin, on pouvait imaginer notamment que la recourante ait des difficultés à manipuler des ustensiles dans la cuisine.

Certes, ce médecin a commencé à suivre la recourante seulement en juillet 2019. Cela étant, ses déclarations confirment les difficultés rapportées par les autres professionnels intervenant auprès de la recourante, et correspondent, au degré de la vraisemblance prépondérante, aux limitations dues à l'état de santé que présentait déjà la recourante durant la période litigieuse.

14.3.5 L'avocat de la recourante, qui a assisté à la visite de l'enquêtrice le 18 août 2020, indique que durant l'enquête, sa mandante tremblait énormément à cause de son diabète et avait une capacité de préhension très limitée en raison de son arthrose, ce qui ne figure pas au rapport. Il ajoute qu'en raison de son AVC, la recourante a perdu beaucoup de mots et ne parvient pas toujours à se faire comprendre.

Ces éléments n'ont pas été rapportés par l'enquêtrice. Or, l'avocat fait remarquer qu'un tremblement au niveau des membres supérieurs de la recourante avait déjà été noté dans le cadre de l'enquête du 25 mai 1996.

Il relève également que l'enquêtrice n'a pas pris en compte une série de renseignements donnés par la recourante lors de l'enquête, qui auraient été pertinents pour l'appréciation de sa situation, et qu'il retranscrit comme suit dans le mémoire de recours :

S'agissant des actes de se vêtir et se dévêtir : « je n'arrive pas à mettre des chaussettes » ; « j'aurais besoin d'aide pour m'habiller » ; « des fois je pleure parce que je n'y arrive pas » ; « pour mettre mon pantalon, je m'amuse avec mon chausse-pied » ; « mon soutien-gorge, je l'enfile par la tête, les soutiens-gorge qui se mettent par la tête, j'ai pas la force d'agrafer » ; « lorsqu'une aide est présente, je lui demande de préparer mes vêtements » ; « pour m'habiller, je mets une heure à une heure trente ».

Pour les actes de se lever, s'asseoir et se coucher : « je mets quinze à vingt minutes pour me mettre au lit » ; « il y a des jours, c'est trop dur et je reste allongée » ; « je tombe régulièrement, plus d'une fois par semaine » ; « il m'arrive de rester à terre et mettre plus de vingt minutes avant de réussir à me relever » ; « je suis tombée la

semaine dernière, je n'ose pas appeler SOS médecin en appuyant sur ma montre alarme » ; « c'est pour ça que j'ai des bleus partout » ; « je dois me lever la nuit pour aller aux toilettes, je me rappe alors partout sur les murs mais le problème, c'est de ne pas salir mon lit ».

Concernant les actes de manger et couper les aliments : « ma voisine et ma femme de ménage me prépare les repas du soir » ; « à midi, je mange de la viande séchée avec de la soupe mais rien que je dois couper, je n'arrive pas à couper » ; « je mange avec les doigts la viande séchée sur du pain très mou » ; « c'est ma voisine qui ouvre les sachets de viande séchée, je n'y arrive pas seule » ; « pour les boites de conserve, c'est la même chose » ; « lorsque je mange de la soupe, c'est ma voisine qui me l'a préparée, elle la met dans un Tupperware en posant le couvercle dessus mais sans appuyer, sinon, je ne parviendrai pas à l'ouvrir » ; « je bois la soupe pour ne pas utiliser d'ustensiles » ; « pour les commissions, je fais appel au « Shop » avec la mention « handicapé », c'est ma femme de ménage qui range les produits ».

En ce qui concerne l'acte de faire sa toilette : « lorsque les infirmières ne sont pas là pour m'aider, je me sens sale » ; « pour me couper les ongles, c'est une amie qui me les faits » ; « mes cheveux, c'est également une amie qui me les lave » ;

S'agissant de l'acte d'aller aux toilettes : « pour les toilettes, une lunette spéciale a été préconisée mais rien a été fait » ; « si j'ai une diarrhée, je dois me débrouiller toute seule mais c'est très dangereux » ; « j'ai besoin que quelqu'un m'aide » ; « j'ai des culottes de protection mais je n'arrive pas toujours à les remonter, j'ai une alaise dans le lit » ;

Quant aux déplacements et aux contacts sociaux : « je fais des tours avec mon fauteuil mais j'ai arrêté car je n'ai pas les moyens d'aller au Tea Room » ; « je suis fatiguée et j'ai la tête qui tourne » ; « mon déambulateur ne fonctionne pas, il n'est pas réglé ».

La chambre de céans remarque que ces déclarations, qui apparaissent crédibles, ne contredisent pas totalement les propos figurant au rapport d'enquête, mais permettent néanmoins de donner une lecture suffisamment différente de la situation de la recourante.

14.4 Dans la mesure de ce qui précède, plusieurs éléments au dossier viennent régulièrement contredire ou nuancer le contenu du rapport d'enquête du 24 septembre 2020, lequel parait incomplet et peu convaincant, de sorte qu'il ne peut se voir reconnaitre pleine valeur probante.

Par ailleurs, il sied de souligner que la chambre de céans avait expressément requis de l'intimée, par ATAS/33/2019, qu'elle mette en œuvre une nouvelle enquête, au besoin en concertation directe avec les intervenants de l'IMAD, en parallèle de laquelle, il fallait recueillir tous renseignements utiles auprès des médecins traitants, notamment du psychiatre, de l'ophtalmologue et des autres spécialistes, ainsi qu'auprès des infirmières en charge de l'assurée, et examiner la

situation au regard des moyens auxiliaires octroyés, afin de déterminer si des adaptations étaient possibles pour que l'assurée puisse à nouveau en disposer.

Or, force est de constater qu'elle s'est simplement renseignée auprès de la société M_____, puis, a réalisé une nouvelle enquête, mais n'a effectué aucune autre des mesures d'instruction requises par la CJCAS avant de rendre la décision litigieuse.

Malgré ces lacunes, la chambre de céans a procédé à l'examen du dossier en l'état, et relevé les éléments suivants.

14.5 En l'occurrence, le cas de la recourante constitue indéniablement un cas limite. L'intéressée s'est vu reconnaitre une impotence de degré faible durant quatre ans, puis de degré moyen durant plus de dix ans et il est admis que son état de santé n'a cessé de se dégrader.

Certes, il ne ressort pas du dossier qu'avant janvier 2018, elle ait bénéficié de l'assistance d'aide-soignants. Cela étant, elle explique avoir fait comme elle a pu, sollicitant sa femme de ménage, une voisine ou encore son esthéticienne. Il convient surtout de rappeler qu'à la suite du décès de son mari, la recourante a subi une dépression et rencontré des problèmes d'adaptation, ayant beaucoup de difficultés à admettre, en raison notamment de sa pudeur, que l'aide nécessaire puisse lui être apportée par des personnes ne lui étant pas proches. Elle a ainsi beaucoup pris sur elle-même, vivant recluse et s'isolant chez elle, sacrifiant certains actes de la vie, faute de pouvoir les effectuer elle-même, ou sinon au prix de difficultés considérables. Il n'empêche que la nécessité d'une aide pour ces actes n'avait pas pour autant disparu, ainsi qu'en témoignent les difficultés qu'elle décrit, et qui correspondent, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'évolution de son état de santé (cf. ATAS/33/2019).

En effet, malgré des adaptations et des efforts considérables, il n'est pas vraisemblable qu'elle ait pu accomplir seule tous les actes ordinaires de la vie pour lesquels l'intimée lui avait pourtant, des années durant, reconnu un besoin d'aide régulière et importante.

En ce qui concerne d'abord l'acte « faire sa toilette », il ressort des déclarations de l'ergothérapeute et de M_____, que la recourante n'était pas totalement autonome pour se laver entièrement. En plus de se mettre en danger, elle explique qu'elle ne parvenait pas à se laver le dos et qu'imparfaitement les pieds, ce qui est d'ailleurs corroboré par l'ergothérapeute. Au vu des limitations fonctionnelles causées par les différentes atteintes dont la recourante souffre, on ne voit d'ailleurs pas comment, sauf à sacrifier partiellement cet acte, elle aurait pu soudainement être à nouveau capable de se doucher entièrement, même en utilisant les moyens auxiliaires, dont elle bénéficiait, au demeurant, déjà avant le décès de son mari. Dans la mesure de ces éléments et conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral citée précédemment (cf. consid. 7.7 supra) – selon laquelle, si un assuré n'est pas en mesure de laver son dos en prenant son bain, il doit être considéré comme impotent dans l'acte « faire sa toilette » –, il convient donc de retenir que

la recourante n'a pas cessé d'avoir besoin d'une aide régulière et importante pour se laver.

Il ressort ensuite du dossier que la recourante a fourni des efforts considérables en adaptant notamment ses habits pour lui permettre de continuer en partie à s'habiller de manière autonome. Ces efforts ne lui ont cependant pas permis de retrouver une autonomie complète puisqu'il appert que les actes de mettre et retirer son soutien-gorge et ses chaussettes demeurent extrêmement compliqués pour elle, voire impossibles. D'ailleurs, tant l'ergothérapeute que la société M_____ considèrent que la recourante est partiellement dépendante pour se vêtir et se dévêtir.

Quant au moyen auxiliaire qui, selon l'enquêtrice, lui permettrait d'enfiler seule ses chaussettes, il convient de souligner qu'il permet spécifiquement à son utilisateur d'enfiler une chaussette sans devoir se pencher en avant ; ainsi, il peut s'avérer utile en cas de difficulté à atteindre son pied. Cela étant, pour pouvoir utiliser ce dispositif de manière autonome, faut-il être capable d'enfiler une chaussette sur l'appareil lui-même. Or, il sied de rappeler que la recourante souffre d'arthrose invalidante des mains et qu'elle n'a, au demeurant pas la force d'ouvrir un Tupperware, de sorte qu'on voit mal comment elle réussirait à écarter sa chaussette tout en l'enfilant sur le dispositif du moyen auxiliaire. L'utilisation d'un tel moyen nécessiterait donc, quoi qu'il en soit l'aide d'un tiers. L'ergothérapeute estime d'ailleurs également que la recourante ne serait pas capable d'utiliser ce moyen auxiliaire. Il faut donc admettre que la recourante n'était pas autonome pour mettre ce vêtement, qui est pourtant essentiel par temps froid.

S'agissant de l'acte de manger, il est établi que la recourante n'était pas capable de préparer ses repas elle-même mais qu'elle mangeait néanmoins seule. Certes, elle explique qu'elle buvait sa soupe et mangeait du pain et de la viande séchée avec les doigts, afin d'éviter d'utiliser des couverts, mais elle n'allègue pas qu'elle était incapable d'utiliser une fourchette ou une cuillère. Par ailleurs, l'ergothérapeute a expressément indiqué dans son rapport que la recourante ne pouvait pas couper d'aliments durs, mais pas qu'elle n'était pas capable d'utiliser des couverts. Or, il sied de rappeler que l'aide régulière et importante pour couper exclusivement des aliments durs ne peut être retenue (cf. consid. 7.6 supra).

Il n'y a pas lieu non plus de retenir le besoin d'une aide régulière et importante pour l'acte « aller aux toilettes », puisque malgré le fait que la recourante portait des protections urinaires, son médecin traitant a déclaré qu'elle ne souffrait pas de grosse incontinence et pouvait se mobiliser seule pour aller aux toilettes.

Il n'apparait pas non plus que, durant la période litigieuse, la recourante ait eu besoin d'une aide régulière et importante pour l'acte « se lever, s'asseoir, se coucher », grâce à son lit électrique.

En revanche, il est établi que la recourante ne pouvait pas se déplacer à l'extérieur de manière autonome.

Par ailleurs, dans la mesure où le médecin traitant estime que la prise en charge actuelle, à savoir le passage infirmier deux fois par semaine et des aide-soignants trois fois par semaine, était adéquate, le besoin de surveillance personnelle permanente doit être exclu.

Enfin, il convient de rappeler que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'est pas pris en compte pour les assurés en âge AVS, pour lesquels un tel besoin n'avait pas été retenu auparavant, ce qui n'était pas le cas de la recourante.

14.6 Eu égard à ce qui précède, il convient de retenir que, durant la période litigieuse, soit du 1er avril 2017 au 3 décembre 2020, la recourante avait besoin d'une aide régulière et importante pour trois actes ordinaires de la vie, à savoir « faire sa toilette », « se vêtir /se dévêtir » et « se déplacer ». Il existe ainsi un motif de révision, la recourante n'ayant pas besoin, comme par le passé, d'une aide régulière pour cinq actes ordinaires.

15.

15.1 Cela étant, la recourante ayant besoin d'aide pour accomplir trois actes, elle a droit à une allocation de degré faible dès le 1er avril 2017. C'est à tort que l'intimée a nié ce fait.

Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse et de dire que la recourante a droit dès le 1er avril 2017 à une allocation pour impotence de degré faible.

15.2 D'autre part, la chambre de céans relève que le Dr G_____ a déclaré en audience que la recourante avait encore perdu en autonomie, précisant qu'il avait constaté depuis le début de l'année 2022, qu'elle rencontrait de nouvelles difficultés dans la salle de bain et qu'il lui arrivait davantage de chuter à domicile.

Dans la mesure où la situation de la recourante semble avoir évolué défavorablement depuis la décision litigieuse, il parait indiqué que l'intimée examine la situation au-delà du 3 décembre 2020, afin, notamment, de déterminer si des aides auxiliaires supplémentaires se justifient et si le degré d'impotence doit être revu à la hausse.

15.3 La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimée.

15.4 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 3 décembre 2020.
4. Dit que la recourante a droit à une allocation pour impotence de degré faible dès le 1er avril 2017.
5. Alloue une indemnité de CHF 3'000.- à la recourante, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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