

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Gutmann et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

K._____, à **Y.**_____, recourante, représentée par **F.**_____, à
Y._____.

et

CAISSE DE COMPENSATION M._____, Agence vaudoise [...], à
J._____.

**Art. 9 et 17 al. 2 LPGA ; 43bis al. 1 et 5 LAVS ; 42 LAI ; 37 al. 2, 38
et 88 al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. K._____, née en décembre 1934 (ci-après : l'assurée ou la recourante), a déposé une demande d'allocation pour impotent AVS le 14 mars 2017 en faisant état d'artériosclérose détectée en 2016. Dans le questionnaire complémentaire, sa fille, F._____, a notamment indiqué que l'assurée vivait avec elle, étant incapable de vivre seule. Le 5 septembre 2017, la Caisse de compensation M._____, agence [...] (ci-après : la Caisse ou l'intimée) a refusé à l'assurée le droit à une allocation pour impotent au motif qu'il ressortait des renseignements en sa possession qu'elle n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie.

A la suite de l'opposition formée à la décision du 5 septembre 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a diligenté une enquête le 19 octobre 2017. Dans son rapport du 30 novembre 2017, l'enquêtrice a notamment retenu que l'assurée présentait une démence dégénérative de type Alzheimer et des troubles mnésiques majeurs depuis mars 2016. Elle vit avec sa fille, dans le même appartement, et se rend environ trois à quatre fois par semaine au Centre d'accueil temporaire (CAT) de l'EMS Z._____ à [...]. L'assurée enfile et enlève seule ses vêtements, une incitation verbale étant parfois requise depuis mars 2016. Elle a besoin d'une aide directe pour préparer ses vêtements, ayant de la difficulté à évaluer les conditions météorologiques et à adapter ses tenues en conséquence, ceci en lien avec le déni des limitations et la difficulté à prendre soin de soi. Si l'assurée se déplace de manière autonome autour de chez elle à travers le village et pour aller prendre le bus du CAT, elle n'a pas la possibilité de s'orienter seule hors des trajets habituels ni d'utiliser les transports publics de manière autonome, ceci en lien avec les problèmes de désorientation dans le temps et l'espace, avec la difficulté à structurer sa journée et le cumul des limitations psychiques. L'assurée ne pourrait pas vivre seule, dès lors qu'elle a également besoin d'une aide directe pour gérer ses affaires administratives. Il en va de même en ce qui concerne la préparation et

l'administration des médicaments, l'intéressée n'ayant pas la notion des quantités et oubliant qu'elle les a pris. Ils sont mis sous clef. Enfin, il est précisé que l'assurée reste seule à la maison quelques heures, le temps que sa fille puisse faire ses courses, voir une amie, aller chez le coiffeur. Il n'y a pas de notion de fugue ou de mise en danger. En conclusion, l'enquêtrice a retenu que l'assurée avait besoin d'aide dans les actes ordinaires de la vie pour se vêtir et se dévêtir ainsi que pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux depuis mars 2016. Des soins permanents étaient nécessaires depuis courant 2015.

Par décision sur opposition du 19 décembre 2017, la Caisse a annulé la décision du 5 septembre 2017 et a reconnu à l'assurée le droit à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er} mars 2017, en retenant que, depuis le mois de mars 2016, elle avait besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour deux actes ordinaires de la vie, à savoir se vêtir et se dévêtir ainsi que se déplacer pour entretenir des contacts sociaux. Il a également été retenu qu'elle requérait des soins permanents.

B. Par demande du 28 août 2019, l'assurée a requis l'octroi d'une allocation pour impotent plus importante en indiquant comme atteintes à la santé : malade d'Alzheimer avec pertes de mémoire importantes, perte d'autonomie et désorientation spatio-temporelle, une perte de poids, une hyperthyroïdie et un BPCO. La nouvelle médecin traitante de l'assurée est la Dre E._____, spécialiste en médecine générale, ceci depuis décembre 2018. Sur le questionnaire, il est indiqué que l'assurée a besoin d'une aide indirecte (stimulation et guidance) depuis septembre 2018 pour se vêtir et se dévêtir, se laver, se doucher et se coiffer. Depuis août 2018, l'assurée a besoin qu'on lui rappelle qu'il est l'heure de manger (sa fille prépare les repas du matin et ceux des week-ends). L'aide pour entretenir des contacts sociaux reste inchangée. Depuis septembre 2018, l'assurée a également besoin d'une prestation d'aide médicale pour la préparation, la distribution et la vérification de la prise des médicaments chaque matin, pour la commande de ceux-ci ainsi que d'un contrôle de santé

hebdomadaire (vérification de l'état cutané chaque semaine). Cette assistance lui est donnée par sa fille, F._____.

Dans le questionnaire complémentaire relatif aux données du médecin traitant, la Dre E._____ a notamment indiqué, en date du 7 septembre 2019, les diagnostics de : démence probablement de type Alzheimer, une sarcopénie, une insuffisance rénale chronique, un tabagisme actif et un probable BCPO, un goitre nodulaire euthyroïdien et une hypercholestérolémie non traitée. Son pronostic est plutôt défavorable avec une patiente dépendante dont l'état cognitif risque de se péjorer. La Dre E._____ indique que l'assurée a besoin d'aide indirecte dans toutes les activités du quotidien, car elle ne se souvient pas qu'elle doit les faire ni parfois comment les faire.

Par décision du 16 octobre 2019, la Caisse a refusé d'augmenter l'allocation pour impotent au motif que, selon les renseignements obtenus dans le cadre de la demande de révision, seule une aide supplémentaire pour un troisième acte du quotidien, à savoir faire sa toilette, est nécessaire depuis septembre 2018, ce qui ne modifie pas le droit à l'allocation pour impotent qui demeure de degré faible.

Par courrier de son avocat, Me Guy Longchamp, du 15 novembre 2019, l'assurée a formé opposition à la décision du 16 octobre 2019, en exposant qu'elle requiert une aide régulière et importante d'un organisme d'aide de soins à domicile pour la plupart des actes ordinaires de la vie, pour lesquels soit cette organisation soit sa fille est sollicitée. Elle nécessite en outre une surveillance personnelle permanente. Pour soulager sa fille, elle se rend régulièrement auprès du CAT pour de courts séjours. Au vu de ces éléments, elle a fait valoir que les conditions étaient réunies pour qu'une allocation pour impotence de degré moyen soit acceptée.

Le 30 janvier 2020, F._____ a transmis à la Caisse le questionnaire complémentaire que celle-ci lui avait adressé et qu'elle a personnellement rempli en sa qualité de proche aidante. Elle y indique que

l'assurée nécessite une surveillance personnelle de jour et de nuit de façon permanente, assumée par elle-même, surveillance rendue plus nécessaire encore depuis son accident du 18 septembre 2019 à l'EMS D. _____ (chute de l'assurée en se levant de sa chaise alors qu'elle était chaussée de pantoufles, avec pour conséquences des éraflures au visage, aux genoux et à une main ainsi qu'une incisive cassée mais pas de fracture [cf. lettre de la directrice de l'EMS en question du 20 septembre 2019]). La fille de l'assurée expose qu'elle aide sa maman pour se vêtir, se laver, qu'elle la coiffe, lui prépare et prend ses repas avec (sinon elle ne mange pas), prépare et surveille la prise des médicaments, l'hydratation, l'amène trois fois par semaine au CAT pour une demie-journée, surveille qu'elle ne sorte pas sur le balcon pour fumer, assume l'entretien du ménage et l'administration des affaires de sa maman, l'accompagne pour aller en promenade, chez le coiffeur, le médecin etc. A la question : « la personne assurant la surveillance peut-elle s'absenter durant la journée », F. _____ a répondu oui, en précisant que cette absence pouvait être de trois heures, ce depuis septembre 2018. Elle a également coché la case « oui » à la question de savoir si elle devait être remplacée durant ses absences, en indiquant que c'était le CAT qui assumait ces remplacements.

Par décision sur opposition du 2 mars 2020, la Caisse a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 16 octobre 2019. Elle a considéré qu'au vu de la description de l'aide apportée pour la surveillance personnelle permanente telle qu'elle ressort du questionnaire rempli par la fille de l'assurée, dite surveillance relève de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (aide au réveil, à la préparation des repas, à la prise des repas etc.), notion qui ne peut être retenue que dans le cas où l'assuré n'est pas encore en âge AVS. Elle a exposé que la surveillance personnelle permanente n'entraîne en considération que lorsque l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers, ce qui signifie également qu'il ne peut être laissé seul que quelques instants par intermittence. A cet égard, la Caisse a considéré que tel n'était pas le cas de l'assurée puisque sa fille pouvait la laisser sans surveillance et s'absenter trois heures par jour.

C. Par acte du 1^{er} avril 2010, K._____, représentée par sa fille, F._____, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 2 mars 2020, en concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré moyen lui est allouée. F._____ fait principalement valoir que sur le formulaire complémentaire qu'elle a rempli et envoyé le 30 janvier 2020, elle a indiqué, en ce qui concerne la surveillance personnelle permanente, que sa maman ne peut pas rester seule si elle doit s'absenter. Elle précise que lorsque sa maman ne peut pas l'accompagner, elle va au CAT, de rares fois (quatre à cinq fois par année) et quelques heures, le samedi, chez sa sœur. Enfin, elle indique que, si elle reste sans surveillance, sa maman peut sortir sur le balcon, trébucher ou mettre le feu à l'appartement en fumant, ce qui montre bien qu'elle peut se mettre en danger, elle ou des tiers, et que les conditions sont remplies pour considérer qu'elle a besoin d'une surveillance personnelle permanente et a par conséquent droit à une allocation pour impotent de degré faible. La recourante a produit un bordereau de pièces.

Par réponse du 25 mai 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle fait principalement valoir que si la recourante insiste sur le fait qu'elle ne peut pas rester seule, elle ne donne pas d'éléments médicaux le justifiant. Ce qu'elle indique se rapporte soit aux actes qui ont déjà été pris en compte soit au besoin d'accompagnement qui ne peut pas être retenu en âge AVS. L'intimée relève toutefois qu'il se peut que son atteinte à la santé se soit péjorée depuis la décision litigieuse, mais que cela ne ressort pas du dossier en sa possession.

Par réplique du 17 août 2020, la recourante a maintenu ses conclusions. F._____ relève que sur le questionnaire complémentaire qu'elle a rempli et transmis à l'intimée le 30 janvier 2020, elle a certes indiqué qu'elle pouvait s'absenter trois heures par jour, mais a coché la case « oui » répondant à la question « doit-on la remplacer lors de ces absences ». La recourante a produit un bordereau de pièces. Figure notamment un certificat médical établi le 23 juin 2020 par la Dre

E._____ dans lequel celle-ci certifie être le médecin traitant de la recourante et atteste qu'il y a une nette péjoration de son état de santé depuis le début d'année dans le contexte de troubles cognitifs.

Le 2 septembre 2020, l'intimée a produit la prise de position de l'OAI datée du 31 août précédent. L'OAI y relève que si l'état de santé de la recourante semble s'être péjoré depuis le début de l'année 2020 dans le contexte de troubles cognitifs (cf. certificat médical de la Dre E._____ du 23 juin 2020), ce qui pourrait amener à reconnaître une surveillance personnelle permanente et donc le droit à une allocation pour impotent de degré moyen, l'état du dossier ne permet en l'état pas de dire durant quel mois de l'année cette aggravation s'est produite. Au demeurant, il relève que si cette dernière devait dater de janvier 2020, elle aurait pu influencer le degré de l'impotence au plus tôt dès avril 2020 (art. 88a al. 2 RAI applicable par analogie), soit postérieurement à la décision litigieuse. Cela étant, l'OAI conclut au rejet du recours.

Par écriture du 24 septembre 2020, la recourante a maintenu son recours et ses conclusions. En annexe, elle a produit le certificat médical établi le 17 septembre 2020 par la Dre E._____. Dit certificat a la teneur suivante :

« Je soussigné certifie être le médecin traitant de la patiente susnommée (réd. : la recourante) et atteste d'une évolution progressive des troubles cognitifs depuis la reprise de son dossier médical en novembre 2018.

En juillet 2019, une évaluation spécialisée mettait en évidence un risque d'apport sous-optimal en protéines et énergie en lien avec les troubles cognitifs et l'oubli de s'alimenter lorsque la patiente se trouve seule.

En octobre 2019, Mme présente une péjoration de troubles de la marche et de l'équilibre avec appréhension post-chute suite à un séjour à D._____.

En juin 2020 : Mme présente une incontinence mixte rendant le quotidien difficile et nécessite une aide pour se laver, se brosser les dents et s'habiller. »

La Caisse ne s'est pas déterminée plus avant, se limitant à transmettre, le 30 septembre 2020, un courrier de l'assurée du 24 septembre 2020 de maintien du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-vieillesse et survivants (art. 1 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Les décisions et les décisions sur opposition prises par les caisses cantonales de compensation peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton où la caisse de compensation a son siège (art. 56 al. 1 LPGA et 84 LAVS), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de degré moyen en lieu et place d'une allocation pour impotent de degré faible. Dès lors que la recourante ne conteste pas avoir un besoin d'aide pour accomplir trois actes ordinaires de la vie, est seule litigieuse, la question de savoir si l'intéressée nécessite une surveillance personnelle permanente.

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

Suivant l'art. 43^{bis} al. 1 LAVS, ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse domiciliés en Suisse qui présentent une impotence grave, moyenne ou faible. Aux termes de l'art. 43^{bis} al. 5 LAVS, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur

l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) sont applicables par analogie en ce qui concerne la notion et 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.

Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42^{bis} al 5 est réservé (al. 3).

b) aa) L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

bb) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, 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) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

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

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

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

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

d) 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 (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 8011 CIIAI).

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 d'un acte ordinaire de la vie 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 (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI).

L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

e) La notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte à l'un

des titres des actes ordinaires de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de la personne assurée. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque cette dernière ne peut être laissée seule toute la journée en raison de défaillances mentales (RCC 1986 p. 512, consid. 1a avec renvois), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190, consid. 3b, 1980 p. 64, consid. 4b; voir no 8020). Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que la personne assurée séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de la personne assurée (TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018). En principe, peu importe l'environnement dans lequel celle-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que la personne vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que la personne assurée, laissée sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit elle-même soit des tiers (CIIAI, ch. 8035).

On n'accordera qu'une importance minimale à la surveillance personnelle dans les cas d'impotence grave, étant donné que par définition, l'impotence grave présuppose que la personne assurée dépende régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie. Il faut en revanche attribuer plus d'importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas d'impotence moyenne ou faible parce que les situations exigeant l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie sont beaucoup moins fréquentes en cas d'impotence moyenne (art. 37 al. 2 let. b RAI) et inexistantes en cas d'impotence faible (art. 37 al. 3 let. b RAI)

(CIIAI, ch. 8037). Pour les mineurs, une surveillance permanente peut ouvrir le droit à un supplément pour soins intenses (CIIAI, ch. 8039).

f) On ajoutera que, conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (RCC 1989 p. 228 et les références citées ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

4. a) Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, 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 tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit aux prestations, avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

b) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si l'impotence s'améliore ou si 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.

c) Si l'impotence ou le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

5. a) En l'espèce, il convient d'examiner s'il existe un motif de révision du droit à la prestation. Le point de départ de l'examen d'un changement des circonstances déterminantes propres à influencer le droit à la prestation en cause est la date de la décision sur opposition du 19 décembre 2017. Il s'agit donc de déterminer si le besoin d'aide s'est modifié depuis cette décision. La recourante soutient qu'elle a besoin d'une surveillance personnelle permanente, dès lors qu'elle ne peut pas rester seule, faisant référence à un accident survenu le 19 septembre 2019 lors d'un court séjour à l'EMS D. _____ à I. _____. L'intimée relève qu'en janvier 2020, la fille de l'assurée a rempli un questionnaire indiquant que l'intéressée ne pouvait rester seule, mais ne donnant pas d'éléments médicaux pour justifier cela, précisant au stade de sa réponse du 25 mai 2020 qu'« il se peut néanmoins que son atteinte à la santé se soit péjorée depuis la décision litigieuse, mais ceci ne ressort pas du dossier en notre possession ».

b) Il s'agit en conséquence de déterminer si l'intéressée nécessite, ainsi qu'elle l'allègue, une surveillance personnelle permanente. Cette notion ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie mais doit être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de la personne assurée.

Dans le questionnaire relatif à la demande de révision de l'allocation pour impotent, il est précisé que si la fille de l'assurée peut s'absenter 3 heures par jour, elle a répondu par l'affirmative à la question de savoir si elle devait être remplacée lors de ces absences. Dans sa duplique du 31 août 2020, se référant au certificat médical du 23 juin 2020 de la Dre E. _____ produit par la recourante, l'intimée a pris acte que l'état de santé de l'intéressée semblait s'être péjoré depuis le début de l'année 2020 dans le contexte de troubles cognitifs. Toutefois, le certificat du 17 septembre 2020 de la Dre E. _____ produit par la recourante le 24 septembre 2020, s'il décrit l'évolution progressive des troubles cognitifs de l'intéressée depuis la reprise de son dossier médical en novembre 2018, ne mentionne toutefois pas une aggravation en début d'année 2020. La Dre E. _____ décrit trois étapes de l'aggravation, à savoir, en juillet 2019, la mise en évidence d'un risque d'apport sous-optimal en protéines et énergie en lien avec les troubles cognitifs et l'oubli de s'alimenter lorsque la recourante est seule ; en octobre 2019, la péjoration des troubles de la marche et de l'équilibre avec appréhension post-chute suite à un séjour à D. _____ et, en juin 2020, l'apparition d'une incontinence mixte rendant le quotidien difficile et nécessitant une aide pour se laver, se brosser les dents et s'habiller. La Dre E. _____ ne s'est ainsi finalement pas prononcée sur le besoin ou non de surveillance continue de l'assurée. Or, de telles constatations ne mettent en l'état pas en évidence de circonstances concrètes dans lesquelles l'assurée aurait besoin d'une surveillance personnelle permanente. En l'absence de précisions quant à l'intensité et aux effets des troubles cognitifs dont la Dre E. _____ atteste l'évolution progressive depuis qu'elle a repris le dossier médical de la recourante en novembre 2018, il n'est pas possible de se prononcer en connaissance de cause sur l'ampleur du danger auquel ceux-ci l'exposent et, partant, sur la nécessité d'une aide ou d'une surveillance personnelle permanente.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à

l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Il appartiendra en particulier à l'intimée de requérir, par exemple, des précisions auprès de la médecin traitante de la recourante sur l'ampleur des troubles cognitifs que présente la recourante, depuis quand et si et pourquoi (mise en danger d'elle-même ou de tiers) ils nécessitent une surveillance personnelle permanente.

7. a) Le recours, bien fondé, doit être admis. La décision sur opposition du 2 mars 2020 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer des dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 2 mars 2020 par la Caisse de compensation M._____, agence [...] est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d’instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Il n’est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- F._____, à Y._____ (pour la recourante),
- Caisse de compensation M._____, agence [...], à J._____,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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

La greffière :