

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 juin 2023

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Neu, juge et Mme Feusi, assesseure  
Greffière : Mme Tagliani

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Sandeep Pai, avocat à  
Lausanne,

et

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 43bis LAVS ; 66bis RAVS ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** En raison de diverses atteintes à sa santé, D.\_\_\_\_\_, née le [...] (ci-après : l'assurée ou la recourante), mariée et mère d'une fille née en [...], a perçu des prestations de l'assurance-invalidité, notamment une demi-rente ordinaire d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1993. Elle souffrait entre autres d'atteintes gynécologiques, abdominales et au genou droit, qui ont nécessité plusieurs interventions chirurgicales, ainsi que de diabète et d'obésité.

Dès le 1<sup>er</sup> novembre 1998, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) lui a octroyé une rente entière d'invalidité.

L'assurée a atteint l'âge ordinaire de la retraite en [...].

**b)** Par formulaire complété le 27 juillet 2016, l'assurée a sollicité une première fois l'octroi d'une allocation pour impotent de l'assurance vieillesse et survivants (ci-après : AVS). Elle a indiqué avoir besoin d'aide pour se vêtir, se dévêtir, pour se lever, s'asseoir, se coucher, ainsi que pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux. Elle a joint un rapport médical du 29 octobre 2013 indiquant que son état de santé nécessitait un transport médicalisé afin de se rendre à ses consultations médicales habituelles. Le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, rapportait pour sa part le 20 juillet 2016 que le diabète de l'assurée se compliquait d'une polyneuropathie avec troubles de l'équilibre et de la marche, d'une atteinte rénale et rétinienne, ainsi que d'une maladie respiratoire chronique asthmatiforme avec limitation sévère de la capacité physique.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli plusieurs rapports médicaux et mis en œuvre une enquête au domicile de l'assurée, dont il est notamment ressorti ce qui suit :

- Par rapport du 9 novembre 2016, le Dr O. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait présenté, au cours des années précédentes, des signes croissants de difficultés dans ses transferts et déplacements, en lien avec des limitations douloureuses multiples, des troubles de l'équilibre liés à sa neuropathie et une dyspnée au moindre effort, problèmes accentués par son obésité. Il considérait que ces limitations pouvaient poser des difficultés pour l'habillement, avec un essoufflement et une incapacité à se baisser pour enfiler des pantalons ou chaussures. Il était encore possible que l'intéressée se lève avec difficulté d'une chaise munie d'accoudoirs, alors que la hauteur du lit pouvait poser problème, ce qu'un lit électrique devait permettre d'améliorer. Elle avait besoin d'aide pour se déplacer, en lien avec la limitation de son périmètre de marche, ses troubles de l'équilibre et les risques de chute. Des moyens auxiliaires devaient lui permettre de recouvrer une certaine autonomie ;
- Par rapport du 10 février 2017, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a informé l'OAI qu'un accompagnement était nécessaire à l'assurée pour faire face aux nécessités de la vie durant plus de deux heures par semaine, associé à des soins permanents et astreignants ainsi qu'à une surveillance régulière. Elle avait besoin d'aide pour se vêtir, se dévêtir, en raison de son obésité et de ses troubles respiratoires, ainsi que périodiquement pour se lever et se coucher ;
- Selon le rapport d'évaluation d'impuissance à domicile du 3 août 2017, l'assurée avait besoin d'une aide régulière et importante uniquement pour se déplacer, depuis environ 2008. L'enquêtrice notait qu'elle avait besoin de l'aide ponctuelle de son époux pour enfiler les vêtements du bas du corps, en moyenne une fois par semaine en cas d'augmentation des œdèmes ou des limitations. Elle se levait avec difficulté mais seule de son lit ou d'un siège. Elle

entraîné et sortait seule de la douche, requérait l'utilisation d'un siège de douche et portait de petites protections urinaires lorsqu'elle sortait. Elle se déplaçait seule à l'aide d'une ou deux cannes et avec un tuyau la reliant à un condensateur d'oxygène dans son appartement ; à l'extérieur en revanche, elle était accompagnée dans tous ses déplacements, en raison d'un manque de résistance, de fatigue, de barrières architecturales et de la nécessité de transporter une lourde bouteille d'oxygène. Elle lisait, écrivait, utilisait son téléphone et son ordinateur.

Par décision du 10 août 2017, la Caisse AVS S. \_\_\_\_\_ (ci-après : la Caisse ou l'intimée) a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assurée, motif pris qu'elle n'était pas tributaire d'une aide importante et régulière de tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie. Cette décision a été confirmée sur opposition le 26 septembre 2017 et n'a pas fait l'objet d'un recours.

**c)** Par courrier du 10 novembre 2018, l'assurée a prié l'OAI de réexaminer sa situation. Elle a complété un nouveau formulaire d'évaluation de l'impotence le 5 janvier 2019, dans lequel elle a signalé avoir besoin d'une aide importante et régulière depuis le mois de juillet 2016 pour les actes ordinaires de la vie suivants : se vêtir et se dévêtir (« besoin d'habits pratiques et élastiques », « souliers seulement avec velcro »), se lever, s'asseoir et se coucher, manger (couper ses aliments), faire sa toilette (se coiffer ; se doucher était risqué mais elle s'en accommodait), aller aux toilettes (manière inhabituelle, incontinence urinaire et port de protection sous forme de serviettes qu'elle gérait de manière autonome), se déplacer (dans son logement et à l'extérieur) et entretenir des contacts sociaux. Elle avait besoin de l'aide de son entourage durant trois à quatre heures par jour pour le ménage, la cuisine, la lessive, les déplacements et une assistance générale. Elle parvenait à quitter son lit environ six à huit heures par jour.

Par certificat daté de janvier 2019, le Dr C.\_\_\_\_\_ a attesté le besoin d'une aide médicalisée de la Croix-Rouge pour le transport de l'assurée.

Interpellé par l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, a indiqué dans un rapport du 20 mars 2019 que sa patiente souffrait de dyspnée de stade III, partiellement améliorée par oxygénothérapie, qui engendrait des limitations fonctionnelles extrêmement importantes au moindre mouvement, qu'elle était également gênée à l'effort par une symptomatologie algique polyarticulaire dans le contexte d'un canal lombaire étroit associé à une obésité morbide. Son état de santé justifiait un besoin d'aide pour se vêtir, se dévêtir, pour se lever, s'asseoir, se coucher, mais pas pour couper ses aliments.

Par rapport du 29 avril 2019, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a fait savoir à l'OAI que l'assurée avait besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, pour se lever, s'asseoir, se coucher et pour faire sa toilette. Elle n'en avait pas besoin pour couper ses aliments et ne souffrait pas d'incontinence à sa connaissance. Ses limitations fonctionnelles étaient surtout en relation avec sa problématique pulmonaire (pneumopathie asthmatiforme sous oxygénothérapie dépendante) et elle présentait des douleurs du rachis (discopathies pluri-étagées lombaires, troubles dégénératifs de la colonne cervicale).

Par attestation du 13 août 2019, le Dr O.\_\_\_\_\_ a certifié que l'état de santé de l'assurée justifiait médicalement une aide au ménage de quatre heures hebdomadaires.

L'OAI a diligenté une nouvelle enquête au domicile de l'assurée, qui a fait l'objet d'un rapport du 28 août 2019. L'enquêtrice a retenu que l'assurée avait uniquement besoin d'une aide régulière et importante pour se déplacer. S'agissant de l'acte « se vêtir », l'assurée avait indiqué qu'elle enfilait seule ses vêtements, lesquels étaient adaptés et larges, avec difficulté et certains jours de manière fractionnée. Ses

chaussures étaient adaptées, larges et ouvertes. Elle avait besoin d'aide ponctuellement en hiver pour enfiler des chaussures plus chaudes. Elle choisissait et préparait souvent ses vêtements la veille pour le lendemain. Pour l'acte « se lever », elle avait expliqué qu'elle le faisait seule d'un siège ou de son lit, en s'appuyant sur les meubles à proximité, de même que pour se coucher. Elle dormait souvent sur le canapé du salon, plus adapté en hauteur. Elle s'était assise seule sur un siège lors de l'entretien, lentement et en se tenant aux meubles à proximité. En relation avec l'acte « manger », elle avait signalé couper ses aliments de manière autonome, avec de l'aide ponctuelle pour la viande trop dure. Pour « faire sa toilette », elle avait indiqué se laver de manière indépendante au lavabo, avec difficulté et en utilisant des stratégies, devant parfois s'arrêter en cours d'exécution pour se reposer. Elle se coiffait de manière autonome, entrait et sortait seule de sa baignoire où elle prenait sa douche. Elle disposait d'un petit escabeau pour lui faciliter l'accès et limiter le risque de chute, sa baignoire étant ovale avec un siège incorporé. Par pudeur, elle refusait que son époux entre dans la salle de bain pour lui apporter son aide. S'agissant de l'acte « aller aux toilettes », elle avait indiqué que ses vêtements étaient adaptés, qu'elle gardait son indépendance avec difficulté, qu'elle portait des protections d'incontinence ouvertes, achetées dans le commerce, de jour et de nuit, mais jamais de protection fermée. Pour « se déplacer », elle avait expliqué avoir besoin d'aide afin d'utiliser les escaliers dans sa maison en raison du transport de la bonbonne à oxygène, alors qu'au rez-de-chaussée elle disposait d'un tuyau de quinze mètres. Elle était accompagnée dans tous ses déplacements extérieurs en voiture. Pour les contacts sociaux, elle utilisait son ordinateur avec difficulté, en lien avec ses problèmes de vue. Elle lisait des livres et revues avec une lumière adaptée et elle requérait une aide directe pour assister à des spectacles. En outre, elle gérait seule sa prise de médicaments, utilisait des cannes et restait seule plusieurs heures par jour, car son époux était toujours actif professionnellement.

Par décision du 18 décembre 2019, la Caisse a refusé la deuxième demande d'allocation pour impotent de l'assurée. Par décision sur opposition du 4 mars 2020, la Caisse a confirmé cette décision.

**d)** Par courrier du 10 octobre 2020, l'assurée a sollicité la révision de sa situation, exposant qu'elle avait dû être hospitalisée et nécessitait davantage d'aide pour les actes du quotidien. Elle a produit un rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2020, dans lequel il indiquait qu'elle avait été hospitalisée au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_) du 25 août au 15 septembre 2020 en raison notamment d'une embolie pulmonaire proximale bilatérale importante. Compte tenu de ce diagnostic et des comorbidités de l'assurée, cette dernière présentait une nette aggravation de son état de santé et une dépendance complète vis-à-vis de son entourage pour toutes les activités quotidiennes. Le Dr C.\_\_\_\_\_ ajoutait qu'à son avis, l'assurée présentait tous les critères en vue de l'octroi d'une allocation pour impotent.

Interpelé par l'OAI, le Centre médico-social de [...] (ci-après : CMS) a complété un questionnaire d'impotence le 14 décembre 2020. Il a signalé que l'assurée se déplaçait lentement et portait des protections urinaires fermées depuis octobre 2020, qu'elle gérait seule. Elle nécessitait l'aide d'une infirmière du CMS depuis septembre 2020, à raison d'une heure toutes les trois semaines, pour la gestion de ses médicaments (préparation de semainiers) et pour des prises de sang. Elle avait ainsi besoin d'une aide médicale ou sanitaire permanente. Le CMS avait coché la case « non » à toutes les autres questions se rapportant aux divers actes quotidiens.

Par rapport du 29 décembre 2021 [recte : 2020], le CMS a à nouveau rempli le questionnaire d'impotence à l'attention de l'OAI. Au chapitre « se vêtir/se dévêtir », le CMS a répondu par la négative au besoin d'une aide régulière et importante et indiqué que l'assurée ne pouvait plus mettre de chaussures, qu'elle était essoufflée et dépendante d'oxygène en permanence. Le CMS a coché les cases « non » pour le besoin d'aide aux actes « manger », « se coiffer » (avec la précision qu'elle se lavait les cheveux seule, qu'elle allait chez le coiffeur mais ne pouvait pas sortir de chez elle en raison de ses problèmes respiratoires), « se doucher/se baigner » (avec la précision qu'elle avait besoin d'aide

pour se laver les pieds et le dos). Elle présentait une incontinence urinaire depuis janvier 2014, avec port de serviettes, qu'elle gérait de manière autonome.

Sur mandat de l'OAI, son service d'évaluations a mené une nouvelle évaluation d'impotence au domicile de l'assurée. Par rapport du 18 mars 2021, l'enquêtrice a fait savoir à l'OAI que le CMS était intervenu auprès de l'assurée à la suite de son hospitalisation, pour un bilan et des prises de sang. Désormais, un laboratoire gérait les prises de sang à domicile une fois par semaine. L'enquêtrice avait retenu un besoin d'aide régulière et importante pour se déplacer, apportée par son époux et sa fille, tant dans l'appartement qu'à l'extérieur, ainsi que pour entretenir des contacts sociaux. L'assurée ne maîtrisait plus l'utilisation des escaliers, elle utilisait des cannes anglaises ou un déambulateur, ainsi qu'une chaise roulante pour les déplacements aux rendez-vous médicaux. Elle était accompagnée dans tous ses déplacements extérieurs en voiture et un tiers portait sa bouteille d'oxygène. Elle avait besoin d'une aide directe pour les activités culturelles extérieures, mais elle utilisait son ordinateur et gérait les paiements du ménage. Elle pouvait écrire des courriers simples, lisait avec une lumière adaptée et regardait la télévision. L'assurée gérait la préparation et la prise de ses médicaments, le contrôle de sa glycémie et ses injections d'insuline. Elle restait seule à domicile une grande partie de la journée, son époux exerçant toujours une activité professionnelle. L'enquêtrice concluait son rapport en indiquant que la situation observée sur place était quasiment superposable à celle décrite dans le rapport d'évaluation du 28 août 2019.

Par décision du 22 mars 2021, la Caisse a refusé la troisième demande d'allocation pour impotent de l'assurée. Seul un besoin d'aide régulière et importante pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » lui était reconnu, ce qui était insuffisant pour faire naître un droit à la prestation en question.

**e)** Par courrier du 31 mars 2021, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, avec le concours de son époux qui a

également signé l'acte. Elle a exposé ne pas pouvoir se déplacer seule, ne pas être sortie de son appartement depuis près de quatorze mois, hormis son séjour hospitalier, ne pas être en mesure de répondre à la sonnette de la porte d'entrée ou au téléphone fixe. Son époux ne pouvait pas la laisser seule plus de deux à trois heures par crainte d'un accident. Elle n'avait pas de force dans les mains, ne parvenait pas à remplir son bidon d'eau distillée pour le réservoir de sa machine à oxygène. Seule la position couchée durant quinze à dix-huit heures par jour permettait de diminuer ses douleurs. Elle était pénalisée par le manque de contacts extérieurs et en souffrait énormément. La visite d'une infirmière était nécessaire pour contrôler son sang en lien avec la prise de ses médicaments. Elle estimait qu'outre le besoin d'aide pour se déplacer physiquement, elle avait besoin d'aide pour les contacts sociaux, ce qui revenait à deux actes distincts et non un seul.

Par courrier du 30 juin 2021 désormais sous la plume de son conseil Me Emilie Rodriguez, l'assurée a complété son opposition du 31 mars précédent. Elle contestait le contenu du rapport d'évaluation à domicile et rappelait celui des rapports du CMS. Elle considérait qu'elle avait besoin d'une aide régulière et importante pour cinq actes de la vie quotidienne. Elle était incapable de couper ses aliments, se nourrissait de plats à réchauffer, de boîtes de conserve et renonçait souvent à se préparer à manger en raison de ses douleurs et de la peine qu'elle avait à se déplacer. A ce sujet, lors de l'enquête à domicile, elle avait fait des déclarations qui se voulaient plus positives que la réalité. Elle rencontrait des difficultés à se lever et son époux devait être présent, pour le cas où elle tomberait, car elle ne parviendrait pas à se relever seule. Elle allait aux toilettes de manière inhabituelle compte tenu de ses incontinences urinaires et de son alitement régulier. Le fait qu'elle continuait à se laver seule, ce qui lui était difficile notamment pour les pieds et le dos, augmentait considérablement son risque de chute. Quant à la préparation de ses médicaments, elle avait besoin d'aide, contrairement à ce qui ressortait du rapport d'évaluation à domicile. Enfin, elle nécessitait l'aide extensive de son époux et de sa fille, pour nombre de tâches du quotidien.

Par rapport du 6 octobre 2021, l'enquêtrice de l'OAI s'est déterminée sur l'opposition de l'assurée et a maintenu ses conclusions précédentes, telles qu'elles ressortaient de son rapport du 18 mars 2021. Elle a relevé que l'acte « se vêtir » n'était pas signalé dans l'opposition et que le risque hypothétique de chute ne devait pas être pris en compte s'agissant de l'acte « se lever ». Lors de la dernière visite à domicile, l'assurée avait précisé prendre son temps pour faire sa toilette seule et vouloir conserver son indépendance. Son époux était présent et n'avait rien ajouté. Les protections urinaires ouvertes portées et gérées par l'assurée ne correspondaient pas à un besoin d'aide régulière et importante. L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne pouvait pas être pris en compte une fois l'âge de la retraite atteint, ce qui avait été expliqué lors de l'évaluation à domicile. Pour ce qui était des soins, l'évaluatrice précisait que l'intervention d'un laboratoire pour effectuer une prise de sang, à raison d'une fois par mois, n'était pas assez fréquente pour être considérée comme un besoin d'aide importante et régulière. La préparation de médicaments une fois par semaine n'était pas considérée comme des soins infirmiers. Le remplissage de l'eau distillée du condensateur n'était pas un acte de soins et il était raisonnablement exigible de la part de la famille de l'assurée, qui possédait en outre une bonbonne portable pour ses sorties, laquelle pouvait dépanner en cas de besoin. S'agissant de la surveillance personnelle, l'enquêtrice avait appelé le CMS, selon lequel le dossier de l'assurée était clos depuis le 23 février 2021, date des derniers contrôles de santé.

Du 11 août au 22 octobre 2021, l'assurée a été hospitalisée, dans un premier temps au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ puis à l'Hôpital V.\_\_\_\_\_. Elle avait été hospitalisée en rhumatologie jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2021 dans un contexte de syndrome lombo-radiculaire L5 gauche déficitaire sur hernie discale, ensuite de quoi elle avait présenté une hypoglycémie sur manque d'apport et majoration du traitement antidiabétique avec complications microvasculaires et déconditionnement global. Elle avait été transférée à l'Hôpital V.\_\_\_\_\_ pour une réadaptation gériatrique. Selon le rapport du 28 octobre 2021 de cet hôpital, l'assurée présentait des troubles de la marche et de l'équilibre,

effectuait seule les transferts de manière sécuritaire et parcourait 50 mètres à l'intérieur à l'aide de deux cannes. Elle gravissait un demi-étage d'escaliers en s'aidant d'une main courante et d'une canne. Son équilibre était très instable avec un rollator, ce qui traduisait un risque de chute jugé très important. A sa sortie, elle était indépendante pour la toilette ainsi que pour l'habillage et elle était continente sans protection.

Par décision sur opposition du 22 mars 2022 (date du courrier de transmission), la Caisse a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision de refus d'allocation pour impotent du 22 mars 2021.

**B.** Par acte du 29 avril 2022, D.\_\_\_\_\_, toujours assistée par son conseil Me Rodriguez, a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition de la Caisse du 22 mars 2022, concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent lui est octroyée et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée. Elle a produit un onglet de pièces numérotées sous bordereau, contenant des documents figurant au dossier de l'intimée. Elle a également sollicité l'audition en qualité de témoin de son époux, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise, à l'appui de plusieurs allégués de faits.

En substance, elle a fait valoir qu'elle présentait de graves pathologies et que quatre médecins (les Drs C.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_) avaient confirmé, depuis 2016, son besoin d'aide pour se vêtir, se dévêtir, s'asseoir, se lever, se coucher, se déplacer, faire sa toilette et entretenir des contacts sociaux. Quant au CMS, le premier rapport du 14 décembre 2020 n'était pas exhaustif, au vu des réponses qu'il contenait, et semblait plutôt attester uniquement l'aide qui lui était apportée par les intervenants de ce centre. Le second rapport du CMS du 29 décembre 2021 [recte : 2020] indiquait qu'elle n'était plus en mesure de mettre des chaussures, ni de se laver le dos ou les pieds, qu'elle était essoufflée et dépendante d'oxygène en permanence. Compte tenu de ses pathologies et douleurs, elle ne se vêtait quasiment plus, ce qui la contraignait à rester à son domicile, dont elle n'était plus sortie depuis son hospitalisation. Elle avait ainsi besoin d'une aide régulière et importante

pour effectuer au moins quatre actes ordinaires de la vie et une impotence de degré moyen devait lui être reconnue depuis le dépôt de sa demande. Le rapport d'évaluation de l'OAI du 18 mars 2021 s'inscrivait en contradiction avec les constats médicaux et infirmiers précités et il n'y avait pas eu de nouvelle enquête à domicile, ce qui constituait une lacune d'instruction. Le rapport d'enquête n'avait manifestement pas été établi sur la base de constats effectifs, mais sur celle de ses déclarations, alors qu'elle « se voulait bien plus optimiste par rapport à la réalité de son quotidien ». L'enquêtrice qui avait été appelée à se déterminer après son hospitalisation ne s'était pas rendue à nouveau à son domicile. Les traitements reçus à l'Hôpital V.\_\_\_\_\_ lui avaient permis de rentrer chez elle, toutefois le pronostic sur son état de santé n'était pas bon et sa situation n'allait pas en s'améliorant. Ses conditions de vie actuelles ne correspondaient pas aux conclusions du rapport de sortie de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 31 mai 2022, l'intimée a produit le dossier de la cause et s'en est remise à la position de l'OAI, dont elle a produit un courrier de déterminations du 24 mai 2021, par lequel il a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision sur opposition entreprise. L'OAI a indiqué ne pas nier les atteintes à la santé de la recourante, toutefois ces dernières n'engendraient pas forcément un besoin d'aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie au sens de l'assurance-invalidité. Entre autres, l'OAI a fait valoir que le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2020 ne précisait pas de besoin d'aide et que les rapports de son évaluatrice étaient probants.

Par réplique du 5 juillet 2022, désormais sous la plume de Me Sandeep Pai, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a contesté l'appréciation de l'intimée quant au rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2020, à qui des explications complémentaires auraient dû être demandées. Elle a ajouté qu'il ne pouvait être raisonnablement exigible qu'elle fasse sa toilette seule, car outre l'aide dont elle avait besoin pour se laver les pieds et le dos, elle consacrait au moins trois heures en moyenne à sa toilette lorsqu'elle essayait de la faire et elle

tombait régulièrement à cette occasion, ce qui impliquait des douleurs pour elle et des inquiétudes pour ses proches. Elle n'était même pas en mesure de se déplacer jusqu'à sa cuisine pour se préparer une tasse de thé et elle avait besoin d'une aide quotidienne pour se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir et se coucher. En raison notamment de ses douleurs dorsales, elle restait en position couchée durant plus de quinze à vingt heures en moyenne par jour. Elle avait constamment besoin de l'aide de son époux, au point que la situation devenait ingérable pour ce dernier également. A l'appui de ses allégués de faits, elle a requis son audition, ainsi que celles de son époux, de sa fille, de son médecin généraliste et la mise en œuvre d'une expertise.

Par déterminations spontanées du 12 mai 2023, la recourante a produit un rapport du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2023, à la suite d'une hospitalisation du 7 au 16 mars 2023.

### **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]). En vertu de ces dispositions, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA), 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] *cum* art. 38 al. 4 let. a LPGA pour les fêtes pascales) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**c)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (respectivement loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20 et règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). En l'occurrence, bien que la décision sur opposition entreprise ait été rendue en 2022, les faits déterminants se sont produits sous l'empire de l'ancien droit, en particulier la naissance alléguée du droit à l'allocation pour impotent, ce que la recourante ne conteste pas (sur la naissance du droit, cf. art. 42 al. 4 aLAI et ATF 137 V 351 consid. 4 et 5). La présente situation est ainsi régie par les dispositions légales et réglementaires - y compris en assurance-vieillesse et survivants - en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence au sein du présent arrêt.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants.

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

**b)** L'art. 43bis LAVS règle l'allocation pour impotent dans le régime de la LAVS. Selon cette disposition, ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires 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 (al. 1). L'évaluation de l'impotence s'effectue par application analogique de la LAI ; 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 (al. 5).

**4.** L'art. 66bis al. 1 RAVS (règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101) précise que l'art. 37 al. 1, al. 2 let. a et b, et al. 3 let. a à d RAI est applicable par analogie à l'évaluation de l'impotence dans l'AVS.

**a)** Aux termes de l'art. 37 al. 1 RAI, 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.

**b)** 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 ; voir toutefois consid. 5 *infra* pour les assurés du régime de l'assurance-vieillesse et survivants).

**c)** Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;

- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ;
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e ; voir toutefois consid. 5 *infra* pour les assurés du régime de l'assurance-vieillesse et survivants).

**d)** Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références), ainsi que selon les chiffres 2020 et suivants de la Circulaire sur l'impotence édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) (jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIAI) ; sur l'application dans le temps des directives administratives, voir TF 8C\_322/2022 du 30 janvier 2023 consid. 4.3.1), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

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

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

Pour qu'il y ait nécessité 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. 2021 CSI).

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. 2010 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, 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. 2013 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8026 CIIAI]).

**e)** 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 consid. 10). 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).

**f)** 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 (TF 9C\_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 3.2 et les références ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

**5.** Selon la volonté du législateur, 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, confirmant la légalité de l'art. 66bis al. 1 RAVS ; TF 9C\_11/2020 du 28 mai 2020 consid. 5.3). En effet, l'art. 66bis RAVS ne renvoie précisément pas aux art. 37 al. 2 let. c et al. 3 let. e RAI, de sorte que ces lettres ne sont pas applicables dans le régime de l'AVS.

**6. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais

doit examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

**c)** Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci (conformément à l'art. 69 al. 2 RAI). En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2).

**7. a)** L'art. 87 RAI est applicable par analogie à la révision de l'allocation pour impotent dans l'AVS (selon le renvoi de l'art. 66bis al. 2 RAVS). Cette disposition prévoit que, lorsque l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou que le besoin d'aide ou de soins était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible qu'elle présente désormais une impotence ou que le besoin d'aide ou de soins s'est modifié de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'impotence ou du besoin d'aide ou de soins rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 2 LPGA, si entre la dernière décision de refus de prester – qui repose sur un examen matériel du droit,

avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à modifier le droit aux prestations s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; voir en matière de droit à la rente ATF 147 V 167 consid. 4.1). Une simple appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**b)** En l'occurrence, le litige s'inscrit dans le contexte de la troisième demande d'octroi d'une allocation pour impotent de l'AVS de la recourante, qui ne bénéficiait pas d'une telle allocation avant d'émigrer à l'AVS et après deux décisions de refus, confirmées sur oppositions et entrées en force. L'intimée est entrée en matière sur cette demande, puisqu'elle a procédé à des mesures d'instruction en recueillant des avis auprès de médecins et du CMS, ainsi qu'en diligentant une évaluation d'impotence à domicile. La dernière décision de refus de prester avec examen matériel du droit datant du 4 mars 2020, il y a lieu de déterminer si un changement important des circonstances propres à faire naître le droit à une allocation pour impotent s'est produit depuis cette date et jusqu'à la décision sur opposition entreprise, rendue le 22 mars 2022. Pour rappel, par la décision sur opposition du 4 mars 2020, l'intimée avait reconnu à la recourante un besoin d'aide régulière et importante uniquement pour se déplacer, en se fondant essentiellement sur le rapport d'évaluation à domicile du 28 août 2019.

En ce qu'elle soutient que son impotence aurait été établie par ses médecins traitants depuis 2016 et dans la mesure où elle se base sur des rapports antérieurs à la période déterminante arrêtée ci-avant, la recourante ne saurait donc être suivie. De même, le dernier rapport du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ produit par la recourante, datant du 13 avril 2023, sort de l'objet du litige car il porte sur une période postérieure à la décision sur opposition entreprise et il ne saurait être pris en compte à ce stade (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

**8.** En l'espèce, il est admis que la recourante est significativement atteinte dans sa santé physique depuis des années, en raison de plusieurs pathologies somatiques, ce qui a justifié l'octroi d'une rente d'invalidité en sa faveur depuis 1993. Sa troisième demande d'allocation pour impotent de l'AVS était motivée par son hospitalisation pour une embolie pulmonaire à la fin de l'été 2020. Cette atteinte, associée à ses comorbidités, aurait eu pour effet de réduire son autonomie au quotidien (cf. courrier de demande de révision du 10 octobre 2020 et rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 11 novembre 2020).

Pour rendre la décision sur opposition litigieuse, l'intimée s'est fondée principalement sur le rapport d'évaluation d'impotence à domicile du 18 mars 2021 et sur son complément du 6 octobre 2021. Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante de ces pièces à l'aune des griefs soulevés par la recourante (cf. consid. 6c *supra*).

**a)** Les qualifications de l'évaluatrice et ses connaissances s'agissant de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps de la recourante, ne sont pas contestées par cette dernière. La recourante ne formule pas de grief précis quant à la verbalisation du contenu de l'entretien d'évaluation. Tout au plus soutient-elle – au stade du complément à son opposition et du recours seulement – qu'elle aurait tenu des propos trop optimistes et fait état d'une situation meilleure que celle qu'elle vivrait en réalité. C'est le lieu de rappeler que les premières déclarations de l'intimée à l'enquêtrice ne sauraient être mises en doute par ses seules précisions apportées postérieurement (TF 9C\_562/2013 du 3 décembre 2013 consid. 4 et les références). En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). Cette simple affirmation générale de la recourante, après la réception de la décision négative de l'intimée, ne saurait ainsi jeter le

doute sur la fiabilité du contenu du rapport d'évaluation du 18 mars 2021. De surcroît, comme l'a relevé l'évaluatrice dans son complément du 6 octobre 2021, l'époux de la recourante était présent lors de l'entretien et n'a pas infirmé ou nuancé les propos qu'elle a tenus.

On relève que le rapport d'évaluation contient les diagnostics pertinents, repris du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 11 novembre 2020 et listés comme suit :

« Embolie pulmonaire proximale bilatérale importante, syndrome métabolique sévère, HTA [réd. : hypertension artérielle], diabète type II insulino-dépendant, obésité morbide, dyslipidémie, hyperuricémie, insuffisance respiratoire hypoxémique sévère nécessitant l'oxygénothérapie au long cours par concentrateur depuis 2017, asthme sévère, lésion thalamique D [réd. : droite] avec hémisyndrome sensitif facio-brachio-crural G [réd. : gauche] depuis 2004, néphropathie mixte, incontinence urinaire mixte, polyarthralgies avec canal lombaire étroit, coxarthrose bilatérale, gonarthrose tricompartimentale du genou G, état anxiodépressif sévère ».

L'évaluatrice a noté les indications de la recourante s'agissant de ses limitations fonctionnelles. A cet égard, on observe d'emblée que les rapports du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ du 29 septembre 2021 et de l'Hôpital V. \_\_\_\_\_ du 28 octobre 2021 font état de limitations fonctionnelles en lien avec les difficultés respiratoires, l'obésité et les douleurs du rachis, ainsi que des troubles de la marche et de l'équilibre. Ces constats sont congruents avec les rapports médicaux antérieurs, déjà pris en compte pour la reddition de la dernière décision de refus. En effet, le Dr O. \_\_\_\_\_ mentionnait le 9 novembre 2016 des limitations douloureuses multiples, des troubles de l'équilibre, une dyspnée et un essoufflement. Le Dr C. \_\_\_\_\_ rapportait le 10 février 2017 des troubles respiratoires limitants et le Dr L. \_\_\_\_\_ indiquait dans un rapport du 20 mars 2019 des limitations liées à la dyspnée et à l'effort en raison de la symptomatologie algique. Le Dr N. \_\_\_\_\_ attestait des limitations fonctionnelles pulmonaires et des douleurs du rachis dans son rapport du 29 avril 2019. Il n'appert ainsi pas, du point de vue médical, que des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà existantes avant la période déterminante soient apparues.

Dans son rapport comme dans son complément ultérieur, l'évaluatrice a systématiquement indiqué et distingué de manière claire, pour chaque acte ordinaire de la vie, ce qui ressortait de ses observations, de l'entretien avec l'intéressée, des questionnaires complétés par le CMS ou encore des arguments avancés dans l'opposition.

Le rapport, au surplus exempt de contradiction, peut ainsi être considéré comme suffisamment motivé et détaillé, de sorte qu'il constitue une base fiable de décision. Ainsi, l'autorité de céans ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'évaluatrice, sauf s'il s'avérait évident qu'elle reposait sur des erreurs manifestes.

**b)** Quant aux questionnaires remplis par le CMS, les remarques suivantes s'imposent. A la lecture du dossier, l'on ne parvient pas à distinguer la raison pour laquelle le CMS a rempli le formulaire envoyé par l'OAI à deux reprises, à environ deux semaines d'intervalle. De plus, la deuxième version ne figure pas intégralement au dossier, puisque seules les pages impaires ont été reproduites. La recourante fait toutefois étonnamment valoir que la première version ne serait pas exhaustive et se base essentiellement sur la seconde dans ses écritures. Quoi qu'il en soit, les deux rapports ne se contredisent en soi pas quant aux cases « oui » ou « non » cochées par le CMS, la deuxième version contenant simplement davantage de précisions dans les commentaires en-dessous desdites cases. De plus, le contenu de ces rapports ne contredit en réalité pas l'appréciation de l'évaluatrice, contrairement à ce que soutient la recourante, compte tenu des développements qui suivent. En outre, le CMS a fourni ses services à la recourante sur une période d'environ quatre mois selon les informations recueillies par l'évaluatrice qui ne sont pas contestées et uniquement pour des soins infirmiers liés à la prise de ses médicaments (semainier et prise de sang, cf. rapport de l'Hôpital V. \_\_\_\_\_ du 28 octobre 2021, p. 5). Il convient ainsi de relativiser l'importance de cette confusion.

**c)** En ce qui concerne l'acte « se vêtir et se dévêtir », la recourante fait valoir (hormis les anciens rapports médicaux

précédemment écartés) le rapport du CMS – sans préciser lequel – qui indiquerait qu'elle ne parvient plus à mettre des chaussures seules. Elle affirme en outre ne quasiment plus se vêtir.

En réalité, le CMS a indiqué que la recourante n'avait pas besoin d'une aide régulière et importante pour se vêtir et se dévêtir (case « non » cochée dans les deux questionnaires). Le rapport du 29 décembre 2020 précise certes qu'elle ne pourrait plus mettre ses chaussures, toutefois cette mention n'est pas étayée ou détaillée et elle est contredite par les propos de la recourante lors de l'évaluation (« L'assurée enfile seule ses habits du haut et du bas du corps qui sont adaptés. Cette dernière doit prendre son temps et gérer ses limitations mais souhaite conserver son indépendance », ch. 4.1.1 p. 3). Comme l'a relevé l'intimée dans sa réponse, l'intéressée n'a pas élevé de contestation quant à cet acte de la vie ordinaire dans son opposition, ni dans son complément d'opposition. Il convient donc ne pas accorder de crédit à ses affirmations faites dans un second temps et qu'aucune pièce du dossier ne soutient (cf. consid. 8a *supra*). De surcroît, les médecins de l'Hôpital V. \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'elle était indépendante pour l'habillement (cf. rapport du 28 octobre 2021, p. 4). L'on rappellera encore l'obligation de diminuer le dommage et d'utiliser des moyens auxiliaires, tels que des enfile-chaussures, des chausse-pieds, des vêtements et chaussures appropriés, munis respectivement d'élastiques et de velcro par exemple (ch. 2028 CSI). D'ailleurs, la recourante utilisait déjà ces moyens selon son courrier du 10 novembre 2018, sans qu'elle ne fasse valoir qu'elle ne pourrait plus le faire. L'appréciation de l'évaluatrice ne saurait ainsi être remise en cause s'agissant de cet acte.

**d)** Pour l'acte « se lever, s'asseoir et se coucher », la recourante argue qu'elle ne parvient à l'effectuer qu'au prix d'un effort excessif et qu'elle passe la majeure partie de ses journées en position couchée.

Selon la jurisprudence constante, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'impuissance, il convient d'examiner pour chaque acte si la personne a les

capacités de l'accomplir, le temps nécessaire pour celui-ci ne jouant pas de rôle déterminant. Il n'y a pas impotence lorsque l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé (TF 9C\_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 5.1, 5.2.1 et les références). Aux termes du ch. 2030 CSI, il y a impotence lorsqu'il est impossible à la personne assurée de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. Si elle peut néanmoins changer de position elle-même, il n'y a pas impotence.

L'évaluatrice a noté que la recourante se levait seule de son lit, d'un siège ou d'un canapé, en s'appuyant et avec difficulté. Il en allait de même lorsqu'elle s'asseyait et se couchait. Elle passait la majorité de ses nuits sur le canapé (ch. 4.1.2 p. 3 du rapport du 18 mars 2021). Pour sa part, le CMS a coché les cases « non » au besoin d'aide pour cet acte, dans ses deux rapports, comme l'a relevé l'intimée. Si les derniers rapports hospitaliers mettent en avant des troubles de la marche et de l'équilibre, ils précisent que la recourante n'avait pas présenté de chute récente et qu'elle effectuait les transferts seule de manière sécuritaire (cf. rapport du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ du 29 septembre 2021 p. 4 et de l'Hôpital V. \_\_\_\_\_ du 28 octobre 2021 p. 4). Au sujet du risque de chute, on précisera encore que les pièces au dossier ne reflètent pas de risque important survenant quasi quotidiennement. En outre, l'éventualité de chutes et le besoin corrélatif d'aide pour se relever ne fondent qu'un besoin de surveillance d'ordre général, qui ne saurait être assimilé à la surveillance personnelle permanente (TF 9C\_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 5.2 ; TFA H 148/06 du 7 août 2007 consid. 5.2). En fin de compte, la recourante ne nie pas qu'elle parvient à effectuer seule l'acte en question, ce qui est seul déterminant, même si elle a besoin de beaucoup plus de temps et d'énergie qu'une personne valide pour l'accomplir. Dès lors, les conclusions de l'évaluatrice à ce sujet ne prêtent pas le flanc à la critique.

**e)** Par rapport à l'acte « manger », la recourante n'a formulé de grief qu'au stade de la réplique, évoquant qu'elle ne pouvait même pas se déplacer jusqu'à la cuisine pour se faire une tasse de thé.

L'aide requise pour l'acte de manger est déjà importante lorsque l'assuré peut certes manger seul mais n'est pas capable de couper les aliments ou lorsqu'il ne peut porter ceux-ci à la bouche qu'avec les doigts. S'agissant de la fonction partielle de couper les aliments, l'intervention extérieure ne doit pas être requise uniquement de manière intermittente, en cas de nourriture trop dure, 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 et importante (TF 8C\_314/2022 du 15 décembre 2022 consid. 3.3 *in fine* et les références ; cf. également ch. 2037 CSI). La nécessité de se faire accompagner pour se rendre à table, ou pour quitter la table, ou d'être aidé pour y prendre place ou pour se lever, n'est pas significative puisqu'elle est déjà prise en considération dans les actes ordinaires de la vie correspondants (se lever, s'asseoir, se coucher et se déplacer ; CSI ch. 2040 et la référence au TF 9C\_346/2010 du 6 août 2010 consid. 3).

Le rapport d'évaluation ne fait état d'aucun besoin d'aide, pas plus que les questionnaires du CMS. Le besoin d'aide pour se déplacer à la cuisine dont se prévaut la recourante doit être pris en compte dans l'acte ordinaire de la vie « se déplacer », conformément à ce qui précède. Aucun élément au dossier ne permet de jeter le doute sur les constatations de l'évaluatrice à l'égard de cet acte.

**f)** S'agissant de l'acte « faire sa toilette », outre le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, écarté ci-avant dans ce contexte, la recourante se prévaut du second rapport du CMS, selon lequel elle n'est pas en mesure de se laver seule le dos et les pieds. Elle affirme en outre au stade de la réplique qu'elle doit consacrer plusieurs heures à faire sa toilette, à savoir trois en moyenne, et qu'elle est tombée à plusieurs reprises lors de cette tâche.

Aux termes du ch. 2043 CSI, 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 (se laver, se peigner, se raser, prendre un bain ou se doucher).

Le CMS a indiqué dans ses deux rapports que l'intéressée n'avait pas besoin d'aide pour se doucher ou se baigner, ajoutant dans le second rapport qu'elle avait besoin d'aide pour se laver les pieds et le dos. Outre le caractère ambivalent de cette réponse, elle est contredite par nombre d'autres éléments, ce qui ne permet pas de lui accorder le crédit voulu par la recourante et doit conduire à l'écarter. Tout d'abord, le rapport d'évaluation relève que la recourante gère seule l'acte pour le haut et le bas du corps, qu'elle doit prendre son temps et gérer ses limitations mais souhaite conserver son indépendance. Elle disposait d'une petite marche en plastique pour entrer et sortir seule de sa baignoire, puis utilisait un tabouret avec pieds adhérents en caoutchouc pour faire sa toilette en position assise (cf. ch. 4.1.4 p. 4 du rapport du 18 mars 2021). Ensuite, le rapport de l'Hôpital V. \_\_\_\_\_ fait état de l'indépendance de la recourante pour la toilette (cf. rapport du 28 octobre 2021, p. 5). En sus, elle n'a pas mentionné un besoin d'aide régulière et importante pour cet acte dans sa demande, ni dans son opposition, comme l'a souligné l'intimée. Dans son complément d'opposition, elle a exposé qu'elle continuait de se laver seule, mais qu'il lui était difficile de se laver notamment les pieds et le dos. Force est de constater qu'elle admet être en mesure d'accomplir l'acte seule. Les développements ci-avant concernant le risque de chute, ainsi que le temps et l'énergie supplémentaires nécessaires pour accomplir un acte, rendu plus difficile en raison d'atteintes à la santé, s'appliquent également dans ce contexte, s'agissant des arguments avancés au stade de la réplique (cf. consid. 8d *supra*). Le rapport d'évaluation d'impotence ne saurait être critiqué pour cet acte non plus.

**g)** En ce qui concerne l'acte « aller aux toilettes », la recourante a fait valoir dans son complément d'opposition une manière inhabituelle d'accomplir l'acte ainsi qu'une incontinence urinaire nécessitant le port de protections. La recourante ne se prévaut plus de ce grief en procédure judiciaire. A juste titre, vu les pièces au dossier. Le port de protections urinaires ne saurait, en l'espèce, constituer une façon non conforme à la dignité humaine d'accomplir l'acte (cf. ch. 2018 CSI et les

exemples et références cités, ainsi que TF 9C\_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 5). Le rapport de l'Hôpital V. \_\_\_\_\_ du 28 octobre 2021 indique de surcroît qu'elle était continence sans protection à sa sortie (cf. p. 4).

**h)** L'intimée a admis le besoin d'aide régulière et importante de la recourante pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » depuis avril 2008. Ce besoin a été pris en compte lors de l'instruction de la troisième demande et ne fait pas débat. L'on précisera à toutes fins utiles que la fonction partielle « établir des contacts » fait bien partie du sixième acte ordinaire de la vie et ne saurait être examinée comme un acte supplémentaire (cf. consid. 4d *supra*). Quant à la nécessité d'aide pour entretenir des contacts afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes psychiquement handicapées), elle ne doit être prise en compte qu'au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais non de la fonction partielle « entretenir des contacts sociaux » (TF 9C\_283/2021 précité consid. 5.2.2 et les références).

**i)** Il faut dès lors constater, avec l'intimée, que la recourante n'a besoin d'une aide régulière et importante que pour un acte ordinaire de la vie, à savoir « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ».

**j)** La recourante ne soutient pas, en procédure judiciaire, qu'elle nécessiterait une surveillance personnelle permanente, des soins particulièrement astreignants ou des services considérables et régulier de tiers en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels (au sens de l'art. 37 al. 3 let. b à d RAI). Il suffit à cet égard de renvoyer aux points relevés par l'intimée dans sa décision sur opposition (p. 4) et par l'évaluatrice dans son complément du 6 octobre 2021 (p. 4), ainsi qu'à la lettre d ci-dessus s'agissant du risque de chute et aux ch. 2058, 2060, 2075 et 2076 CSI.

Elle prétend en revanche, du moins en substance, avoir besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie

(art. 37 al. 3 let. e et 38 RAI). Elle évoque en effet l'aide quotidienne de son époux.

Comme expliqué ci-avant, l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie n'est pas pris en considération pour les assurés bénéficiaires d'une rente vieillesse de l'AVS (cf. consid. 5 *supra*). Un tel besoin n'a pas été reconnu à la recourante avant qu'elle n'atteigne l'âge ordinaire de la retraite et elle n'a élevé aucun argument en ce sens. Elle ne saurait ainsi prétendre à une allocation pour impotent sur cette base, comme l'a exposé l'intimée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner son besoin d'aide pour structurer sa journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (comme des problèmes de voisinage, des questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, des activités administratives simples), pour la tenue de son ménage, pour quitter son domicile afin d'effectuer certaines activités ou se rendre à des rendez-vous nécessaires, tels les achats, loisirs ou contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le salon de coiffure. Il en va de même de l'accompagnement en prévention du risque d'isolement durable et de la perte de contacts sociaux (TF 9C\_131/2019 du 16 août 2019 consid. 4.1 ; TF 9C\_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1 et les références).

**k)** Ainsi, l'appréciation de l'intimée, selon laquelle la recourante ne présente pas une impotence lui ouvrant le droit à une allocation doit en l'état être confirmée.

Cela étant, on signalera à toutes fins utiles que si sa situation devait s'aggraver, notamment eu égard à sa dernière hospitalisation (potentiellement en lien avec une intervention chirurgicale, le rapport du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ produit étant toutefois quasiment illisible), elle serait en mesure de déposer une nouvelle demande d'allocation pour impotent. Cette remarque est également applicable à l'argument selon lequel ses conditions de vie au moment du recours n'étaient plus celles qui prévalaient à sa sortie de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_. En effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment

où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 précité consid, 4.3.1 ; TF 8C\_239/2020 consid. 7.2.1).

**9.** Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise, ou l'audition de la recourante, de son époux, de sa fille ou du Dr C.\_\_\_\_\_, telles que requises, seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références). On précisera encore que l'intimée n'a aucunement violé son devoir d'instruction, eu égard au contenu du dossier. Ce dernier contient plusieurs rapports du Dr C.\_\_\_\_\_, qui a clairement eu l'occasion d'exposer son avis, lequel a été pris en compte. En outre, contrairement à ce que soutient la recourante, le complément d'évaluation du 6 octobre 2021 ne justifiait pas une nouvelle enquête à domicile. La recourante fonde son grief sur son hospitalisation au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ puis à l'Hôpital V.\_\_\_\_\_, postérieure à la dernière évaluation à domicile. Or, ce séjour hospitalier a donné lieu à des rapports, qui n'infirmèrent pas les conclusions de l'évaluatrice, comme examiné ci-avant. Les déterminations de l'évaluatrice sous forme de complément écrit basé sur les pièces au dossier apparaissent ainsi suffisantes au regard de l'art. 43 al. 1 LPGA.

**10. a)** Au vu de ce qui précède, la situation de la recourante ne lui ouvre pas le droit à une allocation pour impotent de l'AVS. L'intimée était ainsi fondée à rendre sa décision de refus et il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la loi spéciale ne le prévoyant pas (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 22 mars 2022 par la S.\_\_\_\_\_ est confirmée.
  
- 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 à :

- Me Sandeep Pai (pour Mme D. \_\_\_\_\_),
- S. \_\_\_\_\_,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :