

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2024

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

M. Wiedler et Mme Livet, juges

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Valentin Groslimond,  
avocat, à Vevey,

et

**CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS**, à Vevey,  
intimée.

---

**Art. 9 et 17 LPGA ; art. 43<sup>bis</sup> LAVS ; art. 66<sup>bis</sup> RAVS ; art. 37 et 38  
RAI.**



**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] 1956, a exercé l'activité d'esthéticienne et de coiffeuse indépendante. Elle a été victime d'un accident de la circulation en 1979, lequel a notamment entraîné une gonarthrose post-traumatique du genou droit.

Elle souffre par ailleurs de multiples problèmes de santé physique et psychique, à savoir notamment d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, d'une fibromyalgie, de cervico-lombalgies sur des épisodes de hernies discales, de problèmes de vue (kératocône bilatéral, myopie élevée et astigmatisme) ainsi que d'un trouble anxieux et dépressif mixte.

Elle a subi, entre autres interventions, une ostéotomie tibiale en 1993 et 1994, une arthroplastie du genou droit en février 2008, un toilettage arthroscopique de l'épaule droite le 8 avril 2009, avec ténotomie du long chef du biceps, ainsi qu'une greffe de la cornée de l'œil gauche en 2012.

Elle a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2001, fondée sur un degré d'invalidité de 70 %, lequel a été réévalué ultérieurement à 100 % (cf. décision du 12 novembre 2002 et communication du 15 juin 2012 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après : l'OAI]). Elle a atteint l'âge ordinaire de la retraite en [...] 2020.

**B.** Dans l'intervalle, le 3 août 2012, B. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI une demande d'allocation pour impotent, signalant avoir besoin d'une aide pour accomplir les actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Elle a également indiqué avoir besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, précisant que depuis le mois de février 2008, ses proches et le Centre médico-social (CMS) de [...] l'aidaient pour la préparation des repas, le

ménage, le repassage, les courses, ainsi que pour la gestion de ses affaires administratives.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, une enquête a été réalisée au domicile de l'assurée le 8 janvier 2013. Le rapport rédigé le même jour a nié un besoin d'assistance pour accomplir les actes ordinaires de la vie revendiqués, l'aide prodiguée étant qualifiée de ponctuelle. Un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'était pas non plus reconnu, l'assurée continuant à gérer au mieux les tâches quotidiennes et poursuivant l'exercice de son activité professionnelle à environ 30 %.

Un complément d'enquête a été réalisé le 29 octobre 2013 au domicile de l'assurée à la suite du décès de son conjoint. L'enquêtrice a conclu que la description du besoin d'assistance était identique à celui exposé à l'issue du précédent rapport d'enquête.

Aux termes d'un rapport du 8 novembre 2013, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, a répondu par la négative à la question relative aux conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible pour personne malvoyante, précisant que sa patiente présentait une acuité visuelle à distance, corrigée bilatéralement, de 0.3 pour l'œil droit et de 0.4 pour l'œil gauche.

Le 12 novembre 2014, l'OAI a rendu une décision niant le droit de l'assurée à une allocation pour impotent.

Dans le cadre de la procédure de recours intentée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, l'assurée a produit diverses pièces médicales destinées à démontrer l'aggravation progressive de son état de santé et la réalisation des conditions mises à la reconnaissance d'une impotence. Peuvent notamment être cités :

- un rapport médical du 28 janvier 2015, établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en ultrasonographie, lequel a attesté d'une pathologie de l'épaule gauche survenue au printemps 2014, soit des « omalgies progressivement handicapantes » dues à une « tendinopathie avec la présence d'une tendinose calcifiante de la coiffe des rotateurs, en particulier de larges dépôts calciques intra-tendineux du muscle sus-épineux, associés à une large distension de la bourse sous-acromiale » ;
- un courrier du Dr F.\_\_\_\_\_ du 23 avril 2015, lequel a fait état d'une péjoration de la vue de l'assurée depuis début 2015 ;
- un certificat médical du 7 mai 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport médical du 1<sup>er</sup> juin 2015 rédigé par la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont relaté un « état de dépenses compulsives » auprès de l'assurée ;
- un rapport rédigé le 25 août 2015 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie au sein de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_, lequel a mentionné une acuité visuelle à 0.3 pour l'œil droit et 0.2 pour l'œil gauche ;
- un certificat médical du 4 décembre 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_, lequel certifiait que sa patiente devait bénéficier de l'aide du CMS (visite de santé, semainier), de l'assistante sociale (plan administratif), ainsi que de l'ergothérapeute (moyens auxiliaires).

Par arrêt du 8 juin 2016 en la cause AI 4/15 - 143/2016, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision de l'OAI du 12 novembre 2014. Elle a retenu l'absence d'impotence pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, en ce sens que l'aide prodiguée n'était pas régulière et importante. S'agissant de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, la cour a retenu qu'une aide pouvait être requise

épisodiquement, sans toutefois que l'assistance n'atteigne au moins deux heures par semaine, ce qui excluait la reconnaissance d'une impotence pour ce motif. La cour a observé qu'en dépit de l'atteinte oculaire, l'assurée était dotée d'une acuité visuelle dépassant les limites déterminantes, au surplus avec un champ visuel de 30° à partir du centre. L'assurée ne pouvait donc pas non plus prétendre à une allocation pour impotent à ce titre.

**C.** L'OAI a repris l'instruction des demandes subséquentes d'allocation pour impotent, déposées les 30 janvier 2015 et 29 avril 2016 par B.\_\_\_\_\_ pour préserver ses droits.

A la requête de l'OAI, l'assurée lui a fait parvenir un questionnaire dûment complété le 24 mars 2017, alléguant souffrir de « douleurs musculaires, osseuses, des articulations et des tendons », d'une « atteinte de l'épaule droite et des genoux », de « fatigue physique et psychique, troubles de la concentration », de « cervico-lombalgies, polyarthrose », d'une « maladie dégénérative des yeux » et d'une « maladie pulmonaire », apparues entre 2008 et 2013. Elle n'a fait état d'aucun problème pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, mais souligné nécessiter de l'aide pour l'établissement de son semainier et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis le mois d'août 2012. En particulier, l'accompagnement devait être dispensé pour les courses, les loisirs, les contacts avec les services officiels et le personnel médical. L'accompagnement visait aussi à lui permettre de vivre chez elle, soit en structurant la journée, en cas d'imprévu, et pour la tenue du ménage, ainsi qu'à éviter une tendance à l'isolement. L'assistance était dispensée par la fille de l'assurée, une amie ou l'assistante sociale.

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI le 31 mars 2017 que l'assurée était dotée d'une acuité visuelle de 0.6 à l'œil droit et de 0.7 à l'œil gauche depuis novembre 2016, sans limitation bilatérale significative, à la suite d'une pseudophakie de l'œil gauche.

En date du 3 avril 2017, la Dre P.\_\_\_\_\_ spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a fourni le tirage d'un rapport adressé au

Dr D.\_\_\_\_\_ le 28 février 2017, où elle a retenu les diagnostics suivants :

- rhizarthrose gauche ;
- douleur de l'épaule droite dans le cadre d'un status après rupture de la coiffe des rotateurs ;
- cervico-lombalgies persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs sévères avec dysbalances musculaires ;
- syndrome du tunnel carpien gauche irritatif ;
- fibromyalgie ;
- status après arthroplastie du genou gauche (avril 2016) et droit (février 2008),
- status après ostéotomie tibiale droite pour gonarthrose post-traumatique (1993) ;
- trouble dépressif ;
- hypertension artérielle traitée ;
- syndrome d'apnées obstructives du sommeil positionnel de degré sévère (2013) ;
- status après greffe de cornée de l'œil gauche pour kératocône (juin 2012) ;
- allergies.

La Dre P.\_\_\_\_\_ proposait pour l'essentiel le port d'attelles, ainsi que des traitements de physiothérapie réguliers en ambulatoire, accompagnés d'une prise en charge en milieu thermal et d'un traitement médicamenteux.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, a produit son rapport à l'OAI le 14 avril 2017, mettant en exergue les diagnostics suivants :

- asthme contrôlé ;

- exacerbation de l'asthme (mai 2015 ; mars 2016 et janvier 2017) ;
- hyperventilation ;
- syndrome d'apnées obstructives du sommeil appareillé par CPAP [réd. : continuous positive airway pressure] ;
- pression artérielle d'oxygène à la limite inférieure de la norme.

Il a précisé que les diagnostics pneumologiques n'entraînaient pas de limitation.

Quant à la Dre J.\_\_\_\_\_, elle a fait état, le 8 mai 2017, d'une « fragilité psychique » avec une « thymie influencée par toutes les limitations, en plus de l'épuisement physique ». Elle s'est par ailleurs référée aux restrictions fonctionnelles du registre somatique.

Par décision du 25 septembre 2017, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une allocation pour impotent, faute d'aggravation de l'état de santé de nature à justifier un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Le 26 septembre 2017, l'assurée a fait parvenir à l'OAI un nouveau rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, daté du 20 septembre 2017, lequel a mis en évidence « des douleurs touchant le membre supérieur gauche avec en particulier des douleurs de l'épaule, de la région épicondylienne et du poignet gauche », ainsi que des « douleurs de la face radiale de l'index droit et de la face dorsale de l'articulation interphalangienne proximale des 3<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts avec blocage itératif ».

Au stade de la procédure de recours introduite par l'assurée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, elle s'est prévalué d'un nouveau rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 11 mai 2018, consécutif à des bilans radiologique et sanguin, lequel faisait état d'une raideur lombaire, de très importants troubles dégénératifs disco-articulaires (disparition des disques entre les vertèbres L2-L3 et L3-L4,

ainsi que scoliose à convexité droite centrée sur L3), d'une arthrose radio-carpienne très marquée de la main gauche, d'une rhizarthrose du poignet gauche, d'une dyslipidémie ne nécessitant pas de traitement et d'une hypovitaminose D substituée.

Par arrêt du 14 août 2018 en la cause AI 343/17 - 236/2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée, retenant que les pièces médicales produites en procédure administrative ne mettaient pas en évidence d'aggravation de l'état de santé (les troubles pulmonaires étaient maîtrisés ; l'acuité visuelle était améliorée par rapport aux précédents constats, notamment à la suite de l'intervention d'octobre 2016 ; aucune pathologie psychiatrique nouvelle n'était relatée). La principale modification de l'état de santé concernait la rhizarthrose et le syndrome du tunnel carpien irritatif à la main gauche. Ces atteintes demeuraient sans répercussions majeures sur la capacité de l'assurée à accomplir les actes ordinaires de la vie. Il n'y avait pas non plus de motif pour considérer que ces nouvelles atteintes justifiaient davantage d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. La cour ajoutait que les éléments rapportés par le CMS, à savoir l'assistance pour les courses, les loisirs, les contacts extérieurs pour permettre à l'assurée de vivre chez elle et éviter une tendance à l'isolement, correspondaient à ce qui avait été retenu à l'issue des enquêtes à son domicile des 8 janvier et 29 octobre 2013.

L'assurée a annoncé à l'OAI retirer une nouvelle demande d'allocation pour impotent, formulée le 31 octobre 2017, ce dont l'OAI a pris acte dans une communication du 16 novembre 2018.

**D.** En date du 24 juin 2020, reprenant les termes d'un formulaire précédemment complété en mars 2017, B.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI. Elle précisait avoir besoin d'aide pour la réalisation d'un semainier depuis le mois de février 2015, laquelle était apportée par le CMS, ainsi que, depuis août 2012, d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (pour les achats, les loisirs et la gestion des affaires administratives), d'aide pour continuer

à vivre de manière indépendante (pour structurer sa journée, gérer les imprévus et tenir son ménage) et de la présence d'un tiers pour éviter l'isolement (besoin de stimulation d'autres personnes pour l'encourager à être active). Cette aide était apportée par sa fille à raison de dix heures par semaine. Elle ne faisait en revanche état d'aucun besoin d'assistance pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Par rapport du 12 juillet 2020, le Dr D.\_\_\_\_\_ a soutenu la nouvelle demande de l'assurée. Il a fait état des diagnostics suivants :

- état anxio-dépressif mixte, en partie réactionnel ;
- hypertension artérielle traitée ;
- hypercholestérolémie traitée ;
- syndrome des apnées du sommeil positionnel de degré sévère (IAH 41.7 en position dorsale) pris en charge de façon efficace par orthèse d'avancement mandibulaire, ronchopathie sévère ;
- asthme bronchique contrôlé avec exacerbations anti-infectieuses en 2019, 2018, 2016 et 2015 ;
- greffe cornéenne de l'œil gauche (6.2012) ;
- pseudophakie de l'œil gauche ;
- kératocône de l'œil droit ;
- début de cataracte de l'œil droit ;
- reflux gastro-œsophagien et dyspepsie haute sur prise d'AINS ;
- diverticulose colique légère ;
- fibromyalgie ;
- tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs droite (avec chute directe sur l'épaule droite le 13 décembre 2008, rupture de la coiffe des rotateurs droite, toilettage arthroscopique et ténotomie le 12 juin 2009) ;
- omalgies gauches sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs ;
- cervico-lombalgies persistantes sur troubles dégénératifs sévères et dysbalances musculaires ;

- rhizarthrose gauche ;
- syndrome du tunnel carpien irritatif du poignet gauche.

Le Dr D. \_\_\_\_\_ a évalué la situation en ces termes :

« [...] Mme B. \_\_\_\_\_ souffre en premier lieu de douleurs de l'épaule droite, localisées au moignon de l'épaule, irradiant dans le bras et parfois jusque dans les doigts. Elles sont permanentes, insomniantes, accompagnées d'une limitation fonctionnelle. La distance pouce C7 est diminuée à 40 cm à droite alors qu'elle se situe à 20 cm à gauche. La palpation de l'épaule droite révèle de douleurs sous-acromiales bilatérales, plus marquées à droite. À droite l'antéflexion est limitée à 90°, l'abduction à 80°. Le test de Jobe douloureux est lâché, à peine réalisable. Le palm-up test est très douloureux et également lâché. Le lift-off test n'est pas tenu. L'épaule gauche est libre et douloureuse à la mobilisation dans tous les plans.

**Il y a donc une très nette aggravation des douleurs de l'épaule droite concordante avec une aggravation des limitations fonctionnelles depuis deux ans.** L'épaule gauche n'était pas douloureuse lors de l'évaluation de 2016- 2017 et l'est devenue depuis une année.

L'examen des membres supérieurs montre des douleurs à la palpation des épicondyles des deux côtés, sans limitation fonctionnelle des coudes. Il existe des douleurs à la palpation de la tabatière anatomique de manière bilatérale (rhizarthrose connue) ainsi que des nodules d'Heberden des deux côtés. Les clichés radiologiques à disposition montrent une aggravation de la rhizarthrose depuis 2016. Les douleurs du poignet gauche ont également augmenté très nettement depuis 2018 avec radiologiquement une arthrose radio-carpienne gauche très marquée (radiographie du poignet du 24 avril 2018). Il n'y a pas de déficit sensitivomoteur dans les territoires du nerf médian, mais le test de Phalen et de Tinel est positif des deux côtés. Il existe des difficultés à la préhension fine et au port de charges en raison des douleurs des membres supérieurs. **Il y a donc une très nette aggravation de l'arthrose et des douleurs, en particulier au niveau du poignet et de la main gauche, entraînant des difficultés fonctionnelles, notamment dans le port de charges et la préhension fine ainsi que dans les activités de la vie quotidienne depuis 2017-2018.**

Aux membres inférieurs les hanches sont libres, les cicatrices après prothèse totale de genou sont calmes. Flexion de genou à plus de 90° des deux côtés. Absence d'épanchement articulaire. Douleurs non spécifiques de la jambe droite. Hallux rigidus modéré bilatéral. Par rapport à la situation antérieure de 2017, apparition puis accentuation de lombosciatalgies de topographie L5 gauche non déficitaires, limitant les mouvements du tronc et le périmètre de marche, avec répercussion sur les AVQ [réd. : actes de la vie quotidienne]. **Il y a donc aggravation de la situation au membre inférieur depuis 2017 avec une répercussion fonctionnelle persistante.**

Au niveau du rachis on retrouve des éléments déjà connus, à savoir des troubles statiques avec bascule du bassin à droite de 2 cm, une discrète scoliose avec ébauche de gibbosité paralombaire droite. On retrouve d'importantes tendomyoses de la région scapulaire, interscapulaire, ainsi que dorsale et lombaire. Pratiquement tous les groupes musculaires sont douloureux à la palpation. La mobilité du rachis cervical et lombaire est diffusément limitée.

Mme B. \_\_\_\_\_ souffre de fatigue chronique. Même si le contrôle de son SAOS est satisfaisant avec la prothèse d'avancement mandibulaire (claustrophobie sous CPAP), le contrôle des apnées du sommeil n'est pas parfait sous ce traitement, il existe de fréquentes exacerbations de son asthme, avec un caractère nocturne, et les douleurs d'origine musculosquelettique ont un effet insomniant marqué. **Il existe donc une fatigue diurne constante, accompagnée de troubles de la concentration qui se sont aggravés depuis 2018.**

A cela s'ajoute un trouble thymique nécessitant un suivi régulier par un psychiatre, soutenu par une médication psychotrope (antidépresseur et anxiolyse). Elle présente tous les critères d'une dépression modérée, en partie réactionnelle aux difficultés engendrées par ses problèmes musculosquelettiques et la non-reconnaissance de sa souffrance sur le plan asséurologique. Elle souffre d'une anhédonie marquée, d'une aboulie, d'une vision pessimiste de sa personne et de l'avenir. Elle évoque régulièrement des idées de mort. Les troubles mnésiques sont plus marqués depuis deux ans, elle a peu de contacts sociaux. Elle souffre d'avoir dû arrêter prématurément son activité professionnelle et de ne pas pouvoir assumer de nombreuses tâches de la vie quotidienne. Elle est limitée dans son périmètre de marche et n'a que peu de sorties. **Ce tableau s'est nettement aggravé depuis 2018.**

Sur le plan ophtalmologique, si la situation ne s'est pas aggravée par rapport à son kératocône, elle n'a en revanche pas évolué favorablement, avec la nécessité non seulement de porter des lunettes de lecture, mais également pour la vision lointaine. Elle souffre toujours d'une vision très limitée, handicapante, avec souvent des problèmes d'irritation de cornée à l'origine de douleurs intenses. **Il y a donc fonctionnellement une aggravation de la situation sur le plan ophtalmologique depuis 2018.**

[...]

### **Conclusions :**

Il ne fait aucun doute que la situation s'est peu majorée sur le plan médical, en particulier sur le plan musculosquelettique, ophtalmologie, thymique et respiratoire. Le pronostic est défavorable avec une détérioration croissante de la capacité fonctionnelle globale. Le degré de dépendance a fortement augmenté depuis 2018.

Madame B. \_\_\_\_\_ nécessite une aide pour le ménage quatre fois par semaine, ne peut plus faire ses achats seule, elle se fait livrer ses commissions ou se rend dans les différents commerces avec un membre de sa famille. Sa fille lui confectionne et lui apporte tous les jours le repas du soir. Elle transporte la patiente en voiture lors de ses différents rendez-vous hors de son domicile. Madame B. \_\_\_\_\_

ne peut en effet plus prendre seule les transports publics. Un membre de la famille ou une amie proche se relaient pour aider la patiente dans de nombreuses activités de la vie quotidienne, par exemple pour effectuer le repassage, certaines tâches ménagères, ouvrir des bouteilles ou d'autres récipients, porter des casseroles ou des objets de plus de 2 kg. Elle a besoin d'aide pour saisir des objets dans des armoires et elle choisit ses vêtements de manière à ne pas être gênée pour fermer les boutons par exemple. Elle ne peut plus porter ses courses seule.

En conclusion il existe une très nette aggravation de l'état de santé de la patiente depuis 2017 avec un impact fonctionnel significatif. Mme B. \_\_\_\_\_ nécessite l'aide régulière et importante de plusieurs tiers pour accomplir de nombreux actes ordinaires de la vie. Il ne fait aucun doute qu'elle nécessite et remplit les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent. [...] »

Par décision du 7 août 2020, confirmée sur opposition le 22 décembre 2020, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la CCVD ou l'intimée) a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, motif pris qu'elle n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la précédente décision rendue le 25 septembre 2017.

Assistée de Me Valentin Groslimond, l'assurée a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 1<sup>er</sup> février 2021. Dans le contexte de cette procédure, ont été produites les pièces médicales nouvelles suivantes :

- un protocole opératoire et une lettre de sortie du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des 3 et 16 février 2021, faisant état d'une arthroplastie totale de l'épaule droite par prothèse inversée, dont les suites avaient été simples ; une mobilisation passive douce de l'épaule et active du coude avec des exercices était recommandée ;
- un rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 4 mars 2021, mentionnant une vision de loin de 0.5 à l'œil droit et de 0.5 à l'œil gauche en présence d'une situation stable ne nécessitant pas à court terme d'opération de la cornée ou de la cataracte débutante de l'œil droit ; il était conseillé

d'utiliser des lubrifiants de surface ; un prochain contrôle était prévu à une année.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu son arrêt le 28 mars 2022 en la cause AVS 3/21 - 11/2022, admettant le recours de l'assurée. La cour considérait que celle-ci avait rendu plausible une aggravation de l'état de santé justifiant l'entrée en matière de la CCVD sur sa nouvelle demande d'allocation pour impotent, en particulier s'agissant de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Une aide pour réaliser les actes ordinaires de la vie ne paraissait en revanche pas vraisemblable. La cause était renvoyée à la CCVD afin qu'elle entre en matière sur la demande formulée par l'assurée et qu'elle complète l'instruction, notamment en effectuant une enquête au domicile, avant l'émission d'une nouvelle décision sur le droit à l'allocation pour impotent.

**E.** Reprenant l'instruction de la cause, la CCVD, soit pour elle l'OAI, a diligenté une enquête relative à l'impotence de B. \_\_\_\_\_ le 14 septembre 2022, laquelle a été réalisée en l'étude de son avocat en présence de sa fille. Dans son rapport du 27 septembre 2022, l'enquêtrice de l'OAI a retenu que l'assurée était autonome pour accomplir l'intégralité des actes ordinaires de la vie en dépit de ses difficultés et ne requérait pas un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. La situation de l'assurée n'était donc pas péjorée depuis la précédente décision rendue en matière d'impotence.

Par décision du 24 octobre 2022, la CCVD a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent en faveur de l'assurée, faute de besoin d'aide pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie.

L'assurée, toujours assistée de Me Groslimond, s'est opposée à cette décision par correspondance du 7 novembre 2022, complétée le 8 décembre 2022. Elle a conclu, principalement, à l'octroi d'une « allocation pour impotence moyenne à compter du 22 juin 2020 » et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante, voire

d'un examen auprès du Service médical régional de l'AI (SMR). Elle s'est prévaluée d'une assistance quotidienne de la part de sa fille ou d'une amie pour réaliser la totalité des actes ordinaires de la vie, estimant également avoir besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, d'une aide permanente pour les soins de base et d'une surveillance personnelle. La liste de ses moyens auxiliaires, prise en compte par l'enquêtrice de l'OAI, était par ailleurs lacunaire. Elle a enfin souligné que sans les aides prodiguées par sa fille, son amie, son assistante sociale et un infirmier du CMS, elle ne pourrait plus vivre seule dans son appartement. Etaient notamment produits les documents suivants :

- le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 12 juillet 2020 ;
- un tirage du rapport d'enquête du 27 septembre 2022, muni de commentaires manuscrits, signé de l'infirmier du CMS en charge de l'assurée.

L'OAI a procédé à l'actualisation des pièces médicales en sollicitant des rapports auprès des principaux médecins traitants de l'assurée.

Le 10 février 2023, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible pour personne malvoyante. L'assurée présentait une acuité visuelle de 0.5 à l'œil droit et de 0.7 à l'œil gauche avec correction bilatérale, sans limitation du champ visuel à 10° du centre. La situation était lentement évolutive, mais péjorée par de nouvelles pathologies, comme la cataracte. Le prochain examen était fixé en septembre 2023.

Par rapport complété le 1<sup>er</sup> mars 2023, le Dr D. \_\_\_\_\_ a confirmé les allégations de l'assurée quant à son besoin d'aide pour exécuter l'ensemble des actes ordinaires de la vie. Une assistance était nécessaire depuis trois ou quatre ans environ pour réaliser les actes « se vêtir/se dévêtir » et « se lever/s'asseoir/se coucher », depuis trois ans pour accomplir les actes « manger », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes », ainsi que depuis dix ans pour l'acte « se déplacer/entretenir

des contacts sociaux ». L'assurée souffrait de pathologies de l'épaule droite, du poignet et de la main droite, de problèmes ophtalmologiques, ainsi que de dorsolombalgies chroniques. Des soins permanents étaient nécessaires depuis environ trois ans. Une surveillance personnelle permanente ne se justifiait en revanche pas.

La Dre J.\_\_\_\_\_ a rapporté, le 31 mai 2023, que sa patiente avait besoin d'assistance pour accomplir les actes « se vêtir/se dévêtir », « manger », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes ». Le besoin d'aide était survenu entre 2008 et 2013. Elle se référait aux diagnostics somatiques posés par les différents spécialistes en charge de l'assurée. Elle relevait également que cette dernière avait besoin d'aide dans « l'organisation administrative, dans la gestion de la médication et pour l'équilibre psychique, en raison de variations de l'humeur (symptômes dépressifs, moments de débordements émotionnels très importants) et d'épuisement ». Des soins permanents se justifiaient « depuis 2013 » selon la spécialiste, ainsi qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Elle retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, dans le contexte d'un trouble mixte de l'humeur, et de trouble de la personnalité dépendante avec difficultés d'autonomie psychique.

Dans un avis du 26 juin 2023, le SMR a estimé que les rapports médicaux susmentionnés ne fournissaient pas d'éléments imposant de s'écarter des observations retenues aux termes de l'enquête du 14 septembre 2022.

La CCVD a rendu sa décision sur opposition le 5 juillet 2023, maintenant sa décision de refus d'une allocation pour impotent du 24 octobre 2022. Elle a nié toute nécessité d'assistance pour réaliser les actes ordinaires de la vie, moyennant des adaptations et des moyens auxiliaires, de même qu'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'assurée demeurant autonome et disposant de ressources. Elle a, au surplus, répondu aux griefs soulevés par l'assurée à l'encontre du rapport d'enquête du 27 septembre 2022. La CCVD relevait

enfin qu'une expertise s'avérait superflue, la situation de l'assurée s'avérant suffisamment documentée.

**F.** B.\_\_\_\_\_, représentée par Me Groslimond, a déféré la décision sur opposition du 5 juillet 2023 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 6 septembre 2023. Elle a conclu, principalement, à sa réforme et à l'octroi d'une « allocation pour impotent de degré grave dès le 22 juin 2020 ». A titre subsidiaire, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a fait valoir que son état de santé se dégradait continuellement, de sorte qu'elle n'était plus en mesure d'exécuter l'ensemble des actes ordinaires de la vie sans difficultés et adaptations. Quant au besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, elle a relevé que sans l'aide de ses proches, de son assistante sociale et de l'infirmier du CMS, elle ne pourrait plus demeurer à domicile et devrait être institutionnalisée. Se fondant sur les évaluations communiquées par ses différents médecins traitants, elle a également soutenu avoir besoin de soins permanents et d'une surveillance personnelle permanente. Elle a par ailleurs fait grief à la CCVD, respectivement à l'OAI, d'avoir procédé à une instruction lacunaire de son cas ne répondant pas aux réquisits fixés par l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 28 mars 2022. Elle estimait que l'enquête administrative avait été réalisée en sa défaveur par une personne dénuée de qualifications en l'étude de son mandataire, tandis que le rapport corrélatif était incomplet, abstrait, et contenait des erreurs. Un médecin spécialiste ou une ergothérapeute aurait dû se rendre à son domicile pour évaluer concrètement sa situation. A défaut, étant donné ses multiples atteintes à la santé, une expertise pluridisciplinaire aurait dû être mise en œuvre en vue de déterminer précisément son impotence. Elle a par conséquent requis que ces mesures soient diligentées par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal au vu de la violation du devoir d'instruction commis, à son avis, par la CCVD et l'OAI. Au surplus, elle a observé qu'à la forme la décision sur opposition querellée était insuffisamment motivée et ne traitait pas de la question de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, alors que la

cour cantonale l'avait expressément envisagé dans son arrêt du 28 mars 2022. Etaient également produites de nouvelles pièces médicales, à savoir :

- un courriel de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2021, laquelle attestait d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de deux heures par semaine, « tel qu'en 2017 » ;
- un courrier du Dr S.\_\_\_\_\_ à l'assurée du 23 février 2021, lequel relatait que dans le cadre de l'implantation d'une prothèse totale inversée de l'épaule droite, il avait pu constater des lésions d'origine dégénératives, « probablement présentes de longue date » ;
- un compte-rendu du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique et chirurgie de la main, du 13 septembre 2022, lequel exposait que les douleurs du poignet gauche étaient consécutives à des altérations dégénératives sous la forme d'un diastasis scapho-lunaire et d'une arthrose radio-scaphoïdienne importants, en sus de la présence d'une rhizarthrose ; le traitement consistait en une attelle d'immobilisation et de repos, associée à des anti-inflammatoires et à une infiltration ; les altérations dégénératives allaient se poursuivre, de sorte qu'il faudrait ultérieurement envisager une intervention palliative sous la forme d'une résection de la première rangée des os du carpe ;
- un rapport de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 31 mai 2023, laquelle relatait une péjoration de la situation par la non-prise en compte d'éléments médicaux invalidants justifiant un besoin d'aide quotidien ; l'assurée présentait une fragilisation importante et un sentiment de préjudice affectant la thymie ; la polyopathie somatique et psychiatrique impliquait un encadrement important de proches aidants, de suivis médicaux, psychiatrique,

infirmier et social, pour maintenir l'assurée la plus autonome possible.

Par correspondance du 20 septembre 2023, l'assurée a fait parvenir un rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2023, qui attestait d'une sécheresse oculaire et d'une baisse de vue à l'œil droit, provoquant un déséquilibre visuel responsable de chutes. Un rendez-vous de contrôle auprès du Dr K.\_\_\_\_\_ était préconisé.

La CCVD a répondu au recours le 17 octobre 2023, se ralliant à la détermination de l'OAI du 9 octobre 2023, lequel a conclu au rejet du recours. L'OAI rappelait que l'assurée avait elle-même requis que l'enquête destinée à l'évaluation de son impotence soit effectuée en l'étude de son avocat et que ladite enquête ne constituait pas un document médical, de sorte que la personne en charge de sa réalisation ne devait pas revêtir de compétences de ce registre. Le volet médical de la situation avait été analysé à satisfaction par le SMR dans son avis du 26 juin 2023. Une expertise pluridisciplinaire ne se justifiait donc pas. Était produit un nouvel avis de ce service du 3 octobre 2023, lequel constatait que \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ rapport \_\_\_\_\_ du Dr F.\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2023 ne permettait pas de conclure à une impotence en raison de la malvoyance de l'assurée.

Aux termes de deux correspondances des 11 et 15 décembre 2023, l'assurée a adressé les pièces suivantes :

- un rapport de l'ergothérapeute V.\_\_\_\_\_ du 6 décembre 2023, indiquant que l'assurée avait besoin d'aide pour réaliser les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », qu'elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique depuis 2009, infirmier depuis 2010 et physiothérapeutique depuis 1979, et qu'elle requérait la « surveillance » de ses proches ;

- un protocole opératoire du poignet gauche du 20 novembre 2023 et un rapport du 7 décembre 2023 du Dr T.\_\_\_\_\_, faisant état de la résection des os de la première rangée du carpe, ce qui entraînait dans un premier temps une diminution de la force digito-palmaire et une diminution de la force de préhension de 30 % ; dans un second temps, l'assurée présenterait une diminution de la mobilité du poignet en flexion-extension, en inclinaisons radiale et cubitale.

Le 21 décembre 2023, la CCVD s'est référée à la prise de position de l'OAI du 19 décembre 2023, lequel persistait à conclure au rejet du recours.

Dans une détermination du 22 janvier 2024, l'assurée a maintenu ses conclusions et mis une nouvelle fois en exergue les nombreuses pathologies l'affectant. Elle a contesté avoir elle-même sollicité que l'évaluation de son impotence soit réalisée au sein de l'étude de son avocat. Elle a par ailleurs produit le tirage des rapports établis les 6 décembre 2023 et 10 janvier 2024 par le Dr K.\_\_\_\_\_. Ce dernier rappelait que l'assurée était affectée d'un kératocône bilatéral, pour lequel elle avait bénéficié d'une greffe transfixiante à l'œil gauche en 2012. Depuis lors, elle présentait une anisométrie importante rendant intolérable la vision binoculaire par lunettes. Seules des lentilles de contact pouvaient permettre d'obtenir une vision binoculaire, mais l'assurée était incapable de les manipuler. Elle était exposée à des chutes lors de ses déplacements, l'absence de vision binoculaire altérant la perception des reliefs.

Le 1<sup>er</sup> février 2024, la CCVD a renvoyé à l'écriture du 30 janvier 2024 de l'OAI. Ce dernier se référait à un avis du SMR du 25 janvier 2024, où ce service relevait que l'intervention chirurgicale réalisée par le Dr T.\_\_\_\_\_ en novembre 2023 et ses conséquences sur la mobilité du poignet étaient postérieures à la décision sur opposition querellée. Quant à l'aspect ophtalmologique, le SMR s'étonnait du défaut d'explication

objective quant à l'impossibilité de l'assurée de manipuler des lentilles de contact. Il concluait à l'absence d'éléments médicaux susceptibles de modifier son appréciation à la date de la décision sur opposition litigieuse.

L'assurée a fait parvenir à la Cour de céans un certificat médical du 19 mars 2024, rédigé par le Dr T.\_\_\_\_\_. Ce spécialiste réitérait que l'assurée avait subi une résection des os de la première rangée du carpe en raison de l'arthrose avancée de son poignet gauche. Elle présentait, en l'état, des douleurs cubito-carpiennes, sur des altérations dégénératives ligamentaires, une diminution de la force de 60 % et une amplitude inférieure de 40 % par rapport au côté opposé, ce qui engendrait un handicap certain pour les activités quotidiennes simples.

Par détermination du 13 mai 2024, la CCVD a renvoyé à la prise de position de l'OAI du 6 mai 2024 et persisté à conclure au rejet du recours. Un avis du SMR du 29 avril 2024 était annexé, lequel retenait derechef l'absence d'éléments médicaux justifiant de modifier les conclusions de la décision sur opposition incriminée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) sous réserve de dérogations expresses (art. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur

renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant les exigences formelles prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), il est par conséquent recevable.

**2. a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de sorte que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**b)** Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la

jurisprudence, sa violation peut néanmoins être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

**c)** En l'occurrence, la recourante estime que la décision sur opposition rendue le 5 juillet 2023 contrevient aux termes de l'arrêt rendu par la Cour de céans le 28 mars 2022, en particulier s'agissant de l'examen du besoin d'accompagnement qui aurait été insuffisamment instruit et discuté. Elle fait valoir que dite décision sur opposition serait dénuée de motivation sur cette question. Il convient toutefois d'observer que les termes de la décision sur opposition du 5 juillet 2023 permettent de comprendre les motifs matériels pour lesquels l'intimée a rejeté la demande d'allocation pour impotent formulée par la recourante (absence de besoin d'aide pour au moins deux actes ordinaires de la vie, pour les soins de base, absence de surveillance personnelle permanente et d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie) et sur lesquels - quoi qu'en dise la recourante - l'intimée a fourni le détail de son appréciation. On ne saurait dès lors reprocher un défaut de motivation qui justifierait de reconnaître une violation du droit d'être entendue de la recourante.

**d)** On peut certes retenir qu'une décision spécifique aurait dû être rendue par l'OAI s'agissant de la période précédant l'âge ordinaire de la retraite, singulièrement en lien avec la question du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Cela étant,

cet aspect a fait l'objet d'explications communiquées par l'intimée dans la décision sur opposition entreprise, de sorte que la Cour de céans, dotée d'un plein pouvoir d'examen, est en mesure de se prononcer à cet égard. Il n'y a donc pas lieu de s'attarder davantage sur les griefs formels soulevés succinctement par la recourante aux termes de son écriture de recours du 6 septembre 2023, alors qu'elle ne conclut de toute façon pas à l'annulation de la décision sur opposition litigieuse pour ces motifs.

**3.** Est litigieux en l'espèce le droit à une allocation pour impotent de la recourante, à la suite de sa troisième demande en ce sens.

**4. a)** En vertu de l'art. 43<sup>bis</sup> LAVS, 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). Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt lorsque l'assuré a présenté une impotence grave, moyenne ou faible durant un an au moins sans interruption. Il s'éteint au terme du mois durant lequel les conditions énoncées à l'al. 1 ne sont plus remplies (al. 2). L'allocation mensuelle pour impotence grave s'élève à 80 %, celle pour impotence moyenne à 50 % et celle pour impotence faible à 20 % du montant minimal de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34 al. 5 LAVS (al. 3). La LAI s'applique par analogie à l'évaluation de l'impotence. Il incombe aux offices de l'assurance-invalidité de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation. Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires (al. 5).

**b)** L'art. 66<sup>bis</sup> al. 1 RAVS (règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101) précise que l'art. 37 al. 1, 2, let. a et b, et 3, let. a à d RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) est applicable par analogie à l'évaluation de l'impotence. Les art. 87 à 88<sup>bis</sup> RAI sont quant à eux

également applicables par analogie à la révision de l'allocation pour impotent (art. 66<sup>bis</sup> al. 2 RAVS).

**5. a)** En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, applicable par analogie en cas de nouvelle demande, 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.

**b)** A l'occasion d'une procédure fondée sur l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit. 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 précédente décision rendue sur le fond et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 et 9C\_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4).

**c)** En l'espèce, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante a connu une péjoration significative, au point de justifier la reconnaissance d'une impotence, depuis la précédente décision au fond du 25 septembre 2017, confirmée par la Cour de céans. On relèvera qu'aux termes de ladite décision, l'OAI avait retenu que les difficultés de la recourante étaient superposables à celles retenues lors de ses évaluations des 8 janvier et 29 octobre 2013, lesquelles fondaient sa décision de refus d'une allocation pour impotent du 12 novembre 2014, également confirmée par la Cour de céans. Il convient ainsi en définitive de comparer les éléments factuels ressortant des enquêtes des 8 janvier et 29 octobre 2013 avec ceux régnant jusqu'à la date de la décision sur opposition querellée, sur la base des constats rapportés par l'enquêtrice de l'OAI et des pièces fournies par la recourante.

**6. a)** L'art. 37 al. 1 RAI 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.

**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 nécessite, en outre, 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 nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

**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, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; ou
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d).

**7. a)** Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, 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 (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c).

**b)** Il faut que l'aide requise soit régulière et importante pour être prise en considération au titre de l'impotence. 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). 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).

**c)** L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie. 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 ; ch. 2015 et 2017 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité,

Genève/Zurich/Bâle 2018, n°28 ss ad art. 42 LAI, p. 605 et références citées).

**d)** Les personnes avec une acuité visuelle de moins de 0.05 sont considérées comme aveugles, même lorsqu'il reste une vue résiduelle ou une perception lumineuse. On admet qu'il y a un grave handicap de la vue lorsque l'assuré présente une acuité visuelle à distance corrigée bilatéralement de moins de 0.2 et une limitation bilatérale du champ visuel à 10° à partir du centre (ch. 3013 CSI). S'il existe à la fois une diminution de l'acuité visuelle et une limitation du champ visuel sans que les valeurs limites ne soient atteintes, on admettra tout de même une grave faiblesse de la vue lorsqu'elle entraîne les mêmes effets qu'une diminution de l'acuité visuelle ou une limitation du champ visuel dans les limites mentionnées (ch. 3014 CSI).

**8. a)** Les soins permanents au sens de l'art. 37 al. 1 RAI ne se réfèrent pas aux actes ordinaires de la vie, mais comprennent des prestations d'aide médicale ou infirmière qui sont nécessaires en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré et qui sont prescrites par un médecin. Les soins permanents ou les prestations d'aide médicale ou infirmière comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (ATF 107 V 136). Les prestations d'assistance doivent être fournies pendant une période assez longue et non pas seulement passagèrement, par exemple en raison d'une maladie intercurrente (cf. ch. 2058 ss CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 42 ad. art. 42 LAI, p. 611).

**b)** La préparation de médicaments (par exemple pilulier) ne suffit pas à elle seule à caractériser un besoin d'aide dans le domaine des soins permanents. Le besoin d'aide est en revanche établi à partir du moment où l'assuré nécessite de l'aide directe ou indirecte pour la prise de médicaments (surveiller personnellement la prise de médicaments ou donner des instructions à l'assuré ; cf. ch. 2060 CSI).

**9. a)** 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 au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une prestation d'aide médicale ou sanitaire rendue nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré (sur le plan physique, psychique ou mental). Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales (TF 9C\_809/2015 du 10 août 2016 consid. 5.2), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (ch. 2076 CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 33 ad art. 42 LAI, p. 607).

**b)** Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré (TF 9C\_608/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.2.1). La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (ch. 2077 CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 34 ad art. 42 LAI, p. 608).

**c)** La surveillance personnelle permanente doit en outre être requise pendant une période prolongée, par opposition à une surveillance « passagère », et ne doit donc pas être occasionnelle (cf. ch. 2078 CSI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 35 ad art. 42 LAI, p. 608).

**d)** Des chutes et le besoin corrélatif d'aide pour se relever fondent en principe un besoin de surveillance d'ordre général qui ne saurait être assimilée à la surveillance personnelle permanente (TF 9C\_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 5.2 et références citées).

**10. a)** L'art. 42 LAI règle l'allocation pour impotent dans le régime de l'assurance-invalidité. L'art. 42 al. 3, première phrase, LAI prévoit qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Selon, l'art. 37 al. 3 let. e RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI.

**b)** L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé :

- vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ;
- faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou
- éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

**11. a)** L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450).

Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex.

problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10). La nécessité de l'assistance d'un tiers pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C\_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C\_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2 ; SVR 2008 IV n° 52 p. 173).

**b)** L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie a pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière autonome. Le fait que l'assuré effectue certaines activités plus lentement ou avec peine ou uniquement à certains moments ne signifie pas qu'il devrait être placé en home ou dans une clinique s'il n'avait pas d'aide pour ces tâches ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 2087 CSI).

**c)** L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine (ch. 2012 CSI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2).

**12. a)** Aux termes de l'art. 43<sup>bis</sup> al. 4 LAVS, la personne qui était au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité à la fin du mois au cours duquel elle a atteint l'âge de la retraite ou a fait usage du droit de percevoir une rente anticipée touche une allocation de l'assurance-vieillesse au moins égale. Ces droits acquis sont également garantis lorsqu'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité doit être versée rétroactivement dans les limites de la prescription prévue à l'art. 48 LAI ou que l'application des règles en matière de prescription conduit au report de l'octroi à un moment où l'assuré a déjà atteint l'âge de la retraite (ch. 7014 CSI).

**b)** 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).

**c)** On relèvera in casu que la recourante a déposé sa nouvelle demande d'allocation pour impotent en date du 22 juin 2020, alors qu'elle venait d'atteindre l'âge ordinaire de la retraite en [...] 2020. Une allocation pour impotent serait susceptible d'être versée durant les douze mois précédant le dépôt de cette demande (cf. art. 46 al. 2 LAVS, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA), pour autant que les conditions régissant cette prestation soient remplies. Dès lors, il s'agira d'examiner l'impotence éventuelle de la recourante également sous l'angle du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, compte tenu d'un éventuel droit acquis à la prestation correspondante (cf. art. 43<sup>bis</sup> al. 4 LAVS précité), quand bien même cette prestation n'est pas prévue par la LAVS.

**13. a)** 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 (cf. Michel Valterio, op.cit., n° 7 ad art. 42 LAI, p. 597).

**b)** Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C\_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C\_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références).

**c)** L'aide exigible de tiers dans le cadre de l'organisation de la communauté familiale ne doit pas devenir excessive ou disproportionnée, sauf à vouloir vider l'institution de l'allocation pour impotent de tout son sens (TF 9C\_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4). Il faut néanmoins se demander comment une communauté familiale raisonnable s'arrangerait si elle ne pouvait compter sur aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2). Cette aide va plus loin que le soutien auquel on peut s'attendre en l'absence d'atteinte à la santé (ch. 2100 CSI).

**14. a)** En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**b)** 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 ; ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**c)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

**d)** Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

**15. a)** Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, ce qui ne signifie toutefois pas que l'enquêteur devrait être lui-même

médecin ou ergothérapeute (TF 9C\_560/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.2.2). 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 et 128 V 93).

**b)** 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).

**16. a)** En l'espèce, il convient d'examiner l'évolution de la situation de la recourante par la comparaison de ses besoins actuels et de ceux pris en compte à l'issue de la précédente décision statuant au fond sur l'impotence, datée du 25 septembre 2017. Il s'agit ainsi de déterminer si une modification significative et durable de l'assistance prodiguée, constitutive d'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, est effectivement survenue.

**b)** Ont été versées au dossier de la recourante de nombreuses pièces médicales, à savoir les rapports de ses différents médecins traitants, et diverses attestations émanant des personnes en charge de son suivi à domicile (notamment : rapport de l'ergothérapeute V. \_\_\_\_\_ du 6 décembre 2023 et commentaires manuscrits de l'infirmier du CMS sur le tirage du rapport d'enquête du 27 septembre 2022). Il en ressort que l'état de santé de la recourante a connu des fluctuations et des altérations significatives, consécutives à l'aggravation des atteintes à la santé connues et à l'apparition de nouvelles problématiques ayant

nécessité des interventions ou des prises en charges spécialisées (notamment : arthroplastie de l'épaule droite, cure de tunnel carpien gauche, cataracte, etc. selon les explications fournies par le Dr D. \_\_\_\_\_ les 12 juillet 2020 et 1<sup>er</sup> mars 2023). Il n'y a donc pas lieu de douter que le tableau clinique présenté par la recourante se péjore continuellement, ne serait-ce que pour des motifs liés à l'avancement en âge. Ce constat ne permet toutefois pas de considérer d'emblée que la recourante serait impotente. Il s'agit bien plutôt d'examiner si cette lente évolution se répercute sensiblement sur la réalisation des gestes du quotidien déterminants en matière d'impotence.

**c)** Dans ce contexte, on dispose également du rapport du 27 septembre 2022, consécutif à l'enquête sur l'impotence réalisée le 14 septembre 2022 en l'étude du mandataire de la recourante, en sa présence, ainsi que celle de sa fille.

**aa)** Quoi que soutienne la recourante, on ne saurait considérer que ce document soit dénué de valeur probante en raison des qualifications de l'enquêtrice de l'OAI. Ainsi que l'a relevé l'intimée et qu'il ressort de la jurisprudence fédérale citée plus haut (cf. consid. 14c supra), l'enquêteur n'est pas censé être doté de compétences médicales ou ergothérapeutiques particulières. Il apparaît bien plutôt qu'une personne dûment formée aux enquêtes et renseignée à satisfaction sur les limitations fonctionnelles de l'assuré est en mesure de déterminer les difficultés engendrées par les atteintes à la santé déterminantes. Il n'y a donc pas lieu, en l'espèce, d'écarter le rapport d'enquête du 27 septembre 2022. Il s'agit toutefois d'examiner si les allégations de la recourante, consignées dans ce document, doivent être complétées ou modifiées sur la base des explications fournies par ses différents médecins traitants et par ses soignants.

**bb)** On ajoutera que si la réalisation de l'enquête sur l'impotence de la recourante n'a certes pas eu lieu à son domicile, ce constat ne semble pas davantage suffisant pour écarter le rapport d'enquête incriminé. On observe que la recourante a été en mesure de

s'exprimer sur ses difficultés, en présence de son avocat et de sa fille, que ses premières déclarations ont été prises en compte par l'enquêtrice de l'OAI et que la recourante a en outre été en mesure de fournir des explications complémentaires, tant au stade de la procédure d'opposition qu'au stade de la présente procédure.

**17.** S'agissant en premier lieu d'une éventuelle impotence consécutive à l'atteinte des organes sensoriels, en l'occurrence de la vue de la recourante (cf. art. 37 al. 3 let. d RAI), on peut d'emblée exclure une péjoration significative de la situation depuis la précédente décision au fond. En tout état de cause, on observe que son ophtalmologue traitant, le Dr F.\_\_\_\_\_, a exclu que sa patiente remplisse les conditions mises à la reconnaissance d'une impotence dans ce contexte (cf. consid. 7d supra et ch. 3013 et 3014 CSI cités), aux termes de son rapport du 10 février 2023. A cet égard, les rapports du Dr K.\_\_\_\_\_ des 6 décembre 2023 et 10 janvier 2024, lesquels font état d'une situation clinique largement postérieure à la décision sur opposition incriminée, ne permettent de toute façon pas une conclusion différente en lien avec l'impotence de la recourante. Il est en effet souligné que la recourante présente des valeurs de 0.5 à l'œil droit et de 0.8 à l'œil gauche pour la vision de près et de 0.63 bilatérale pour la vision de loin, ce qui est largement au-dessus des valeurs déterminant une impotence (cf. également à cet égard : avis du SMR du 25 janvier 2024). La recourante ne fournissant pas d'argument supplémentaire en lien avec une impotence en raison de malvoyance, on peut écarter la situation envisagée par l'art. 37 al. 3 let. d RAI, non réalisée in casu.

**18.** En second lieu, relativement aux différents actes ordinaires de la vie, on observe que la recourante a, dans un premier temps, répondu par la négative à un éventuel besoin d'aide pour leur accomplissement aux termes du formulaire de demande d'allocation pour impotent parvenu à l'intimée le 24 juin 2020. Ce formulaire a toutefois été complété en mars 2017. Cela étant, le courrier d'accompagnement du 19 juin 2020 ne fait mention que d'une « situation difficile pour [...] l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie » sans aucune remarque concernant la

réalisation des actes ordinaires de la vie. Ce n'est que dans un second temps, notamment par le biais des différents rapports des médecins traitants et dans le cadre de l'enquête réalisée le 14 septembre 2022, que la recourante s'est prévaluée de problèmes pour l'exécution desdits actes.

**19. a)** Concernant l'accomplissement de l'acte « se vêtir/se dévêtir », le rapport d'enquête précédent, daté du 8 janvier 2013, ne retenait aucun besoin d'aide justifiant une impotence. Ce document faisait état de ce qui suit :

« [...] Acte retenu dans le questionnaire API [réd. : allocation pour impotent].

L'assurée a retenu cet acte car elle a parfois besoin d'aide pour enfiler les collants fins qu'elle a de la peine à voir (beige clair). Selon les habits, son mari l'aide à les enfiler car ont une particularité (petits boutons, col serré, etc.). Avec des habits adaptés, l'assurée peut s'habiller et se déshabiller seule. [...] »

**b)** L'enquêtrice de l'OAI a rapporté les éléments suivants le 27 septembre 2022, en niant tout besoin d'aide pour la réalisation de l'acte concerné :

« [...] Se vêtir

[...] L'assurée parvient à s'habiller seule, tous les jours.

Elle a une difficulté à mettre son soutien-gorge, devant l'accrocher devant, le tourner et passer les bras après, en restant attentive à ne pas forcer sur ses épaules. Elle a déjà essayé de changer pour des soutiens-gorges sans accroche (plus difficiles) ou avec les accroches devant (moins de soutien de la poitrine). Cependant, l'assurée parvient à mettre le soutien-gorge tous les jours. Tous ses habits sont adaptés à ses limitations (ORD [réd. : obligation de réduire le dommage]), l'assurée peut boutonner les pantalons et fermer une fermeture. Elle achète des bottes avec fermeture, plus faciles à fermer que celles avec des lacets (ORD).

Comme se pencher en avant est une position difficile, l'assurée a choisi de ne pas mettre des chaussettes en hiver, elle utilise des bottes fourrées. L'ergothérapeute a fait des essais avec des MOY [réd. : moyens auxiliaires] pour enfiler les chaussettes, mais l'assurée n'a pas voulu les utiliser, préférant ne pas utiliser des chaussettes.

Nous ne retenons pas un besoin d'aide, l'assurée restant autonome pour se vêtir.

Se dévêtir

[...] L'assurée est autonome pour se dévêtir. Elle fait cette activité assise, prenant son temps et restant attentive à ses limitations aux épaules.

[...]

Préparer les vêtements

[...] L'assurée est autonome pour préparer ses vêtements. »

**c)** La recourante a fait valoir qu'il n'était « pas normal » de devoir consacrer « plus de deux heures pour se préparer le matin » en raison du temps nécessité par l'habillement. Elle réitérait ne plus pouvoir mettre de chaussettes, ni de collants et rencontrer des difficultés pour les chaussures à lacets. Elle relevait que les moyens auxiliaires étaient trop « compliqués à utiliser ». Elle a enfin précisé devoir mettre des orthèses mandibulaires pour la nuit.

**d)** Le Dr D. \_\_\_\_\_ a confirmé les difficultés de sa patiente, présentes « depuis trois ou quatre ans environ » dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2023 à l'OAI. La Dre J. \_\_\_\_\_ en a fait de même aux termes du rapport 31 mai 2023, précisant qu'une assistance était nécessaire depuis 2013 à la suite du décès du conjoint de la recourante. Selon l'attestation de l'ergothérapeute V. \_\_\_\_\_ du 6 décembre 2023, la recourante avait besoin d'aide pour s'habiller et se déshabiller le bas et le haut du corps. Elle présentait un manque de dextérité et de force des membres supérieurs. L'habillement nécessitait des efforts et un temps considérable. L'assistance du CMS était envisagée, quand bien même la recourante palliait ses difficultés seule en l'état.

**e)** Une impotence peut être reconnue pour réaliser l'acte « se vêtir/se dévêtir » lorsque l'assuré ne peut lui-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou un moyen auxiliaire. Il y a également impotence lorsque l'assuré peut certes s'habiller seul, mais en raison de problèmes cognitifs, ne peut pas faire correspondre sa tenue aux conditions météorologiques ou confond l'envers et l'endroit de ses vêtements. La préparation des vêtements ne peut être prise en considération. Les moyens auxiliaires qui servent au traitement médical doivent être pris en compte, non pour cet acte, mais au titre des soins (ch. 2026 et 2027 CSI).

**f)** In casu, quoi qu'en dise la recourante, on ne saurait la considérer comme impotente pour accomplir l'acte concerné. On concèdera certes qu'elle doit y consacrer beaucoup de temps pour

respecter ses limitations fonctionnelles et qu'elle apparaît contrainte de se vêtir exclusivement avec des vêtements adaptés, ce qui constitue toutefois une mesure exigible au regard de l'obligation de diminuer le dommage. Ces éléments ne permettent de toute façon pas de conclure à l'impossibilité de la recourante de se vêtir ou de se dévêtir. Ainsi qu'il ressort de ses propres déclarations et de l'attestation de son ergothérapeute, elle demeure en mesure de pallier ses difficultés, n'ayant en l'état pas recouru aux services de tiers pour accomplir l'acte en cause. Le fait de devoir y consacrer un temps considérable et de devoir sélectionner des vêtements simples et confortables est manifestement insuffisant pour retenir une impotence à la réalisation de l'habillage et du déshabillage.

**20. a)** Eu égard à l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », aucune remarque n'était relatée aux termes du rapport précédent du 8 janvier 2013.

**b)** A l'issue du rapport du 27 septembre 2022, l'enquêtrice de l'OAI a fait état de ce qui suit, constatant qu'un besoin d'aide n'était pas établi :

« [...] Se lever  
[...] L'assurée est autonome pour se lever.

S'asseoir  
[...] L'assurée est autonome pour s'asseoir.

Se coucher  
[...] L'assurée parvient à se coucher et sortir seule du lit.  
Pour se coucher, elle passe de la position assise au bord du lit à couchée sur le côté sans MOY. Elle dort couchée sur le côté gauche, ayant un long coussin pour mettre devant elle et permettre de positionner son corps de manière confortable. Pour se lever, l'assurée descend ses jambes en bas du lit et s'aide de son coussin ou de la table de nuit pour s'asseoir au bord du lit, pouvant se verticaliser par la suite.  
L'assurée a acheté un lit électrique pour être plus confortable et pouvoir changer de position du dos et des jambes, évitant ainsi les douleurs. Nous ne retenons pas un besoin d'aide, l'assurée restant autonome pour tous ses transferts et changements de position.  
[...] »

**c)** La recourante a signalé devoir dormir sur les deux côtés, faute de pouvoir dormir sur le dos en raison de ses apnées du sommeil, et requérir des coussins spéciaux pour dormir. Elle précisait disposer d'une table de nuit à roulettes, mais ne pouvait pas s'y appuyer pour se lever. Elle avait fait installer un lit électrique depuis quatorze ans. Ce lit ne l'aidait pas à changer sa position dorsale, mais permettait un confort des bras et des jambes.

**d)** Le Dr D. \_\_\_\_\_ a, pour sa part, nié un besoin d'aide de sa patiente pour l'acte en cause, grâce à son lit électrique (cf. rapport du 1<sup>er</sup> mars 2023). Quant à l'ergothérapeute V. \_\_\_\_\_, elle a signalé que la recourante présentait des risques élevés de chutes en raison de « problèmes ostéoarticulaires, opérations multiples, antécédents de chutes et troubles de la vue ». Une surveillance était dispensée par son entourage (appels téléphoniques, visites ; cf. attestation du 6 décembre 2023).

**e)** Il y a impotence lorsqu'il est impossible pour un assuré de se lever, de s'asseoir ou de coucher sans l'aide d'un tiers. S'il peut changer de position lui-même, il n'y a pas impotence (ch. 2030 CSI).

**f)** En l'occurrence, on peut à l'évidence exclure que la recourante présente une impotence pour réaliser l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », ainsi que toute modification significative à cet égard depuis la décision du 25 septembre 2017. La recourante apparaît en mesure d'effectuer cet acte de manière indépendante, en ayant recours à un lit électrique, ce qui apparaît exigible au regard de son obligation de diminuer le dommage.

**21. a)** Concernant la réalisation de l'acte « manger », le précédent rapport d'enquête du 8 janvier 2013 ne contenait aucune observation particulière.

**b)** Désormais, le rapport du 27 septembre 2022 retient les éléments suivants, insuffisants pour justifier un besoin d'aide déterminant pour l'impotence :

« [...] Manger

[...] L'assurée est autonome pour l'entier de cet acte. Elle a acheté des ustensiles plus légers pour pouvoir maintenir son autonomie, couper les aliments et apporter les aliments à la bouche (ORD). L'assurée boit avec un verre, s'aidant des deux mains si le verre est trop lourd. Nous ne retenons pas un besoin d'aide, l'assurée restant autonome pour manger. [...] »

**c)** La recourante n'a pas contesté être en mesure de s'alimenter seule. Elle a toutefois signalé utiliser davantage sa main gauche et rencontrer des difficultés pour couper les aliments durs, ainsi qu'avoir recours à des couverts plus légers, déplorant devoir s'adapter continuellement à ses problèmes de santé.

**d)** Dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2023, le Dr D.\_\_\_\_\_ a corroboré les allégations de la recourante, exposant que cette dernière rencontrait des difficultés pour les plats et services lourds depuis trois ans. Une aide était régulièrement prodiguée. Aux termes de son attestation du 6 décembre 2023, l'ergothérapeute V.\_\_\_\_\_ a, de son côté, rapporté que l'entourage de la recourante lui préparait les repas. Elle ne parvenait plus à couper les aliments et les préparer depuis 2008. Elle ne pouvait pas ouvrir des boîtes, couper du pain ou des aliments durs. En général, elle recevait une aide hebdomadaire pour ces actions.

**e)** L'acte « manger » comprend essentiellement la capacité à couper les aliments et à se nourrir (porter les aliments à la bouche, mâcher et avaler la nourriture). Le choix des aliments et la préparation du repas ne constituent pas des fonctions partielles de l'acte en question (cf. TF 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 5.1 ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°19 ad art. 42 LAI, p. 602).

**f)** En dépit des observations de la recourante et de ses soignants, force est de constater que la recourante ne connaît pas de difficultés pour accomplir l'acte en question et qu'elle reste parfaitement

capable de se nourrir. On peut par conséquent se rallier à l'appréciation de l'intimée et nier une impotence dans le contexte de l'acte « manger », la préparation des repas n'entrant pas en ligne de compte dans ce contexte.

**22. a)** Relativement à l'accomplissement de l'acte « faire sa toilette », le rapport du 8 janvier 2013 faisait mention de ce qui suit :

« [...] Se laver

Acte retenu dans le questionnaire API.

L'assurée se lave seule les cheveux sous la douche mais elle ne peut plus le faire d'une autre manière (par exemple à la baignoire). Elle doit aussi faire ses colorations chez le coiffeur, ce qu'elle pouvait faire chez elle avant l'atteinte. Raisons pour lesquelles l'assurée a retenu cet acte. [...] »

**b)** Le rapport du 27 septembre 2022 relate désormais les éléments ci-dessous, pour nier tout besoin d'assistance :

« [...] Se laver

[...] L'assurée est autonome pour le brossage des dents et ses gestes d'hygiène.

Se coiffer

[...] L'assurée est autonome pour se coiffer.

Se baigner / se doucher

[...] L'assurée prend sa douche seule, debout, tous les matins, pouvant se laver l'entier du corps, y compris les cheveux. [...] »

**c)** La recourante s'est prévaluée d'un besoin d'aide régulière et importante pour se laver, se coiffer, et se baigner, relatant être incapable de se coiffer en raison de ses problèmes aux épaules et aux bras ; elle n'était plus en mesure de réaliser des brushings. Elle se faisait faire des permanentes et couper les cheveux par un tiers. Sa seule possibilité était de passer le peigne mouillé sous la douche une fois par jour. Elle a indiqué prendre sa douche assise et faire un détartrage dentaire tous les trois mois.

**d)** L'ergothérapeute V. \_\_\_\_\_ a rappelé que la recourante consacrait environ deux heures quotidiennement pour se laver et s'habiller le matin. Elle soulignait toutefois que la recourante ne désirait pas d'assistance en l'état (cf. attestation du 6 décembre 2023).

**e)** S'agissant de l'acte « faire sa toilette », il y a impotence lorsque l'assuré ne peut effectuer lui-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle (se laver, se peigner, se raser, prendre un bain ou se doucher). En revanche, il n'y a pas impotence lorsque l'assuré a besoin d'aide pour se coiffer (TF 9C\_562/2016 du 13 janvier 2017 ; ch. 2043 et 2044 CSI).

**f)** In casu, en dépit des observations formulées par la recourante, il n'y a pas lieu de retenir une modification significative de sa capacité à réaliser de manière autonome l'acte en question. Ainsi que l'a souligné la jurisprudence susmentionnée, le recours à un coiffeur ne saurait constituer une aide régulière et importante, de sorte que l'on doit se rallier à la position de l'intimée pour l'accomplissement de l'acte en cause. On ajoutera que la réalisation des détartrages dentaires est sans pertinence dans l'examen de l'acte concerné, ces soins étant dispensés à tout un chacun par du personnel spécialisé.

**23. a)** Eu égard à l'acte « aller aux toilettes », aucune remarque n'était relatée aux termes du rapport précédent du 8 janvier 2013

**b)** Dans son rapport du 27 septembre 2022, l'enquêtrice de l'OAI a retenu que la recourante n'avait pas besoin d'une assistance pour la réalisation de l'acte concerné, compte tenu de ce qui suit :

« [...] Laver le corps/contrôle de la propreté (après être allé(e) aux toilettes)

[...] A cause de la diminution de la capacité articulaire de l'épaule droite, l'assurée avait de la peine à s'essuyer. Depuis 2018, l'assurée mouillait son papier toilette pour s'assurer d'être bien essuyée (ORD). En 2022, elle a installé une douchette intime, facilitant le geste de s'essuyer. Nous ne retenons pas un besoin d'aide, l'assurée restant autonome pour ses gestes d'hygiène après l'utilisation des toilettes.

Aller aux toilettes de manière inhabituelle

[...] L'assurée a une incontinence d'urgence. Elle utilise des serviettes de protection. Elle a vu ce problème avec sa gynécologue et va commencer des séances de physiothérapie vésicale. [...] »

**c)** La recourante a réitéré les difficultés précédemment relatées à l'enquêtrice de l'OAI, confirmant avoir dû faire installer une douchette à son domicile et précisant avoir eu recours à des lingettes humides antérieurement. Elle a également une nouvelle fois souligné son problème d'incontinence.

**d)** L'équipe soignante de la recourante s'est limitée à confirmer ses difficultés sans apporter de nouveaux éléments (cf. rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2023 et attestation de l'ergothérapeute V. \_\_\_\_\_ du 6 décembre 2023, cette dernière ayant souligné l'absence d'aide prodiguée).

**e)** Compte tenu de ces éléments et quoi que soutienne la recourante à ce stade de la procédure, force est de nier toute impotence en lien avec la réalisation de l'acte en question. Il est au demeurant précisé que l'installation de moyens auxiliaires (tels que la douche intime) a trait à l'obligation de réduire le dommage incombant à la recourante.

**24. a)** Concernant l'accomplissement de l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », le rapport d'enquête du 8 janvier 2013 relevait ce qui suit :

« [...] Se déplacer [...] à l'extérieur  
[...] Acte retenu dans le questionnaire API.  
L'assurée se déplace seule à [...], se rend à son travail, etc. Pour les déplacements occasionnels plus lointains ([...]), l'assurée se fait accompagner par une amie ou son mari car elle rencontre des difficultés pour prendre, par exemple, le billet du train. Acte non retenu car l'assurée peut se déplacer seule la plupart du temps.  
[...] »

**b)** Aux termes du rapport du 27 septembre 2022, l'enquêtrice de l'OAI a exclu un besoin d'aide déterminant, consignait les observations suivantes :

« [...] Se déplacer  
dans l'appartement (y compris les escaliers)  
[...] L'assurée se déplace de manière autonome à domicile. Elle parvient à faire les escaliers d'accès à son appartement (7 marches). Elle explique pouvoir faire 2 étages avec des pauses (accès chez sa fille).

à l'extérieur

[...] L'assurée se déplace seule à l'extérieur, sans MOY. Elle fait attention pour ne pas chuter (dernière chute l'année passée, pas de chutes régulières). Elle indique pouvoir faire à pied le parcours de [...] jusqu'à [...] et prendre le bus quand elle est plus fatiguée. La veille de l'évaluation, l'assurée était venue seule à [...], pour prendre des médicaments à la pharmacie. Pour les rendez-vous médicaux et la physiothérapie, l'assurée prend le taxi (payé par les PC).

Entretenir des contacts sociaux (conversation, lecture, écriture, radio/TV, spectacles)

[...] L'assurée peut lire et écrire. Elle utilise son téléphone portable pour téléphoner, écrire des messages et utiliser internet. Elle regarde la TV. Elle sort avec ses amies, reçoit leur visite et la visite de sa fille. [...] »

**c)** Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a rappelé être forcée de faire des pauses dans ses déplacements en raison de son asthme. Elle sortait à l'extérieur, profitant d'être véhiculée par sa fille. Elle craignait de chuter du fait de ses problèmes ophtalmologiques. Elle effectuait tous ses trajets en voiture avec sa fille, en bus ou en taxi. En ce qui concerne la lecture, elle pouvait continuer à lire grâce à ses lunettes et ses verres de contact, ainsi que du fait que son téléphone était configuré en grande taille.

**d)** Ces allégations ont été confirmées tant par le Dr D. \_\_\_\_\_ que par l'ergothérapeute V. \_\_\_\_\_. Cette dernière a précisé que la recourante était limitée dans tous ces déplacements à cause de sa vue et de ses risques de chutes. Elle se déplaçait à l'extérieur « souvent accompagnée » et préférait « les lieux connus ». A défaut, elle recourait à l'accompagnement de ses proches ou à un moyen de transport spécialisé (cf. rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2023 et attestation de l'ergothérapeute du 6 décembre 2023).

**e)** Une impotence est reconnue pour l'acte en cause lorsque l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, ne peut pas se déplacer de manière autonome dans son logement ou à l'extérieur, ou entretenir des contacts sociaux. La nécessité de l'aide pour entretenir des contacts sociaux afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes présentant un handicap psychique) doit être prise en

compte uniquement au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et non de la fonction partielle « entretenir des contacts sociaux » (ch. 2054 et 2056 CSI).

**f)** Au vu des éléments rapportés par l'enquêtrice de l'OAI et des explications fournies par la recourante, il y a lieu de nier toute impotence in casu pour les déplacements et les contacts sociaux. La recourante doit certes faire preuve d'une prudence certaine, solliciter des accompagnements dans des lieux inconnus et adapter les outils de communication à ses difficultés visuelles. Cela étant, grâce à ces mesures, elle demeure largement capable de conserver son autonomie tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de son domicile, ainsi que de maintenir les liens sociaux usuels. Sans douter d'une péjoration de la situation depuis la précédente décision du 25 septembre 2017, il s'agit de nier que cette altération soit substantielle au sens entendu par l'art. 17 al. 2 LPGA et de confirmer l'appréciation de l'autorité intimée.

**25.** En définitive, il y a lieu de retenir, du point de vue de la réalisation des actes ordinaires de la vie, que la recourante n'a pas vu ses capacités se péjorer de manière significative depuis la décision du 25 septembre 2017, de sorte qu'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA n'est pas réalisé dans ce contexte.

**26. a)** Relativement aux soins médicaux et infirmiers, l'enquêtrice de l'OAI avait retenu, aux termes de son rapport du 8 janvier 2013, que la recourante préparait son semainier et prenait ses médicaments de manière autonome (cf. rapport d'enquête précité, p. 5).

**b)** A teneur du rapport du 27 septembre 2022, l'enquêtrice de l'OAI a désormais consigné ce qui suit :

« [...] Depuis décembre 2021, un infirmier du CMS passe 1x/semaine pour préparer le pilulier et faire un contrôle de santé. L'assurée se sentait épuisée de toutes les démarches à faire et son médecin traitant a fait une prescription de CMS. L'infirmier s'occupe de commander les traitements habituels et préparer le pilulier. L'assurée prend ses médicaments de manière autonome. [...] »

**c)** La recourante a souligné devoir se rendre une fois par semaine à la physiothérapie et trois fois par semaine à l'aquagym dans le but de conserver sa mobilité. Elle a relaté que l'infirmier du CMS lui prenait la pression artérielle une fois par semaine ainsi que le pouls, cette visite étant assurée depuis plus de sept ans. La recourante a encore relevé que depuis la mort de son mari, elle ne pouvait plus préparer son pilulier seule.

**d)** A cet égard, le Dr D.\_\_\_\_\_ a mis en évidence les différents suivis spécialisés dont bénéficiait sa patiente « depuis trois ans environ » (cf. rapport du 1<sup>er</sup> mars 2023). La Dre J.\_\_\_\_\_ a pour sa part considéré un besoin de soins permanents depuis 2013 (cf. rapport 31 mai 2023). Quant à l'ergothérapeute V.\_\_\_\_\_, elle a fait état des soins suivants : « suivi psychiatrique depuis 2009 à raison d'une fois par semaine, suivi infirmier depuis 2010 pour faire le semainier et vérifier l'état général, physiothérapie depuis 1979 (1 à 3x/semaine), physiothérapie en piscine [...] 3x/semaine depuis 2020 ».

**e)** Quoiqu'il en soit, la recourante, il s'agit de nier un besoin de soins permanents au sens entendu par l'art. 37 al. 1 RAI. Sans remettre en question la nécessité des thérapies entreprises, il convient toutefois de relever que ces mesures ne revêtent pas une intensité et une importance telles qu'elles devraient être retenues au titre de l'impotence. En particulier, la recourante n'a pas besoin de soins spécialisés quotidiennement ou à son domicile, tandis que les mesures en cause sont susceptibles d'être prodiguées à toute personne en bonne santé afin d'assurer le maintien d'une bonne mobilité et de réguler les difficultés psychologiques. Quant au passage infirmier, il apparaît insuffisant pour qualifier de « permanents » les soins prodigués. Au demeurant, la capacité à tenir un pilulier n'est pas déterminante au titre de l'impotence (cf. consid. 8 supra). On ajoutera, dans ce contexte, que les soins dispensés régulièrement à la recourante ne se sont pas significativement modifiés depuis la précédente décision du 25 septembre 2017. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de la position de l'autorité intimée à cet égard.

**27.**        **a)** Sur le plan de la surveillance personnelle permanente, l'enquêtrice de l'OAI a nié un tel besoin in casu, tant dans son rapport du 8 janvier 2013 que dans celui du 27 septembre 2022. De même les médecins traitants de la recourante n'ont pas évoqué la nécessité d'une surveillance personnelle de leur patiente (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2023 et de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 31 mai 2023). La recourante se prévaut néanmoins à cet égard des informations communiquées par l'ergothérapeute V.\_\_\_\_\_ le 6 décembre 2023. Cette dernière a précisé que la recourante était « entourée d'amis et de sa famille », lesquels passaient la voir à domicile deux à trois fois par semaine ; à défaut, ils ne manquaient pas de la contacter par téléphone. La recourante recevait de l'aide informelle régulièrement de la part d'autres visiteurs.

**b)** Au vu de ces éléments, on doit à l'évidence nier un besoin de surveillance personnelle permanente en faveur de la recourante. Celle-ci bénéficie certes du passage et de l'assistance de son entourage ; néanmoins, elle demeure capable de rester seule durant de longues périodes, alors que rien au dossier n'indique qu'elle encourt de ce fait un risque de se mettre en danger ou de mettre en danger des tiers. Les conditions mises à la reconnaissance d'un besoin de surveillance personnelle permanente au sens entendu par l'art. 37 RAI ne sont donc manifestement pas remplies en l'espèce, comme tel était déjà le cas à l'occasion de la précédente décision du 25 septembre 2017.

**28.**        En dernier lieu, il convient de se pencher sur la question d'un éventuel besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de la part de la recourante, dans le cadre d'un éventuel droit acquis à l'âge ordinaire de la retraite (cf. art. 43<sup>bis</sup> al. 4 LAVS et consid. 12 supra).

**a)** Le rapport d'enquête du 8 janvier 2013 faisait état de ce qui suit :

« [...] L'assurée continue son activité professionnelle comme esthéticienne indépendante au taux d'environ 30 %. Elle a une femme de ménage 4 heures par semaine (payée par les PCG) en raison de ses limitations et parce que son mari n'est plus en capacité de le faire pour raison de santé.

[...]

[L'assistante sociale] est présente, actuellement, tous les 15 jours pour régler les problèmes administratifs car l'assurée a fait une demande de PC, puis de PCG. Elle a dû changer d'assurance maladie suite à diverses difficultés. L'assurée n'arrivait plus à tout gérer seule, surtout durant la période de son opération des yeux. L'assurée a un avocat pour régler divers différends qu'elle a avec l'assurance accidents. Raisons pour lesquelles, l'assurée a eu besoin d'une aide importante de l'assistante sociale (1x/semaine puis tous les 15 jours durant 1h à 1h30).

[L'assistance sociale] dit qu'une fois toutes les démarches faites, elle n'interviendra qu'une fois par mois à raison durant 1 heures à 1h30 maximum.

L'accompagnement n'a pas été retenu car l'assurée continue à gérer au mieux les tâches quotidiennes, se rend aux services officiels et continue son activité professionnelle au taux d'environ 30 %. »

**b)** Aux termes du rapport du 27 septembre 2022, l'enquêtrice de l'OAI a désormais consigné les éléments suivants :

« [...] 4.2 *Seulement pour les assuré(e)s n'ayant pas atteint l'âge de la retraite AVS, qui ne résident pas en home :*

La personne assurée a-t-elle régulièrement besoin, en raison de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie ?

[...]

Lors de l'évaluation, l'assurée confirme que sans l'aide de sa fille et de sa femme de ménage, elle ne pourrait pas vivre de manière autonome et probablement serait dans un appartement protégé. Toutefois, les capacités physiques et cognitives de l'assurée ne permettent pas de retenir le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ; elle ne serait en effet pas placée en institution.

4.2.1 Prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante

[...]

L'assurée se réveille sans stimulation, selon ses rendez-vous de la journée ou son planning. Elle peut voir les heures, connaît ses horaires et a un rythme jour/nuit correct. Elle prend seule tous ses rendez-vous, les note dans son agenda, organise le transport avec le taxi et s'y rend seule. Elle connaît ses pathologies, traitements et médecins consultés. Elle fait une gestion autonome de son traitement en réserve (antalgie). La veille de l'évaluation, l'assurée s'est rendue seule à la pharmacie chercher de l'antalgie qu'elle n'avait plus à la maison. Elle peut gérer les imprévus et demander de l'aide au besoin (sait la différence entre le médecin traitant et le 144 ; contacter l'assistante sociale pour poser des questions). L'assurée est la référente thérapeutique de son frère, actuellement malade. L'assurée se rend seule aux magasins pour faire ses achats, payant avec la carte et se faisant livrer les commissions par le service [...] (2 sacs [pour] le prix de 5.-CHF). Elle range seule ses achats. Pour les habits, l'assurée fait ses commandes sur internet, par [...]. L'assurée connaît sa situation financière et fait ses paiements par internet. L'assurée s'occupe de nourrir son chien et son chat.

L'assurée peut préparer des repas simples, ayant acheté des casseroles moins lourdes (ORD). Elle peut, par exemple, se préparer des pâtes, des œufs, griller de la viande et mettre une pizza au four. Par habitude, à midi, elle mange des fruits secs ou grignote quelque chose et le soir, elle fait un repas complet.

L'assurée peut remplir et vider le lave-vaisselle, passer une patte sur la table à manger, laver son lavabo, l'évier et passer l'aspirateur pour enlever les poils des animaux (Dyson léger et sa fille lui a offert un robot aspirateur). Elle fait ses tâches en respectant ses douleurs et sa fatigue (ORD). Elle fait sa lessive seule (machine dans l'appartement) et peut plier les pièces plus légères. Elle ne range pas ses habits, mais pourrait le faire, dans une commode ou une armoire accessible (elle se sert seule de son armoire pour se vêtir).

La fille de l'assurée lui apporte à manger tous les jours et vient le samedi pour faire un tour dans les magasins. Au besoin, elle aide sa maman à faire les achats des produits plus lourds (lait, produit de lessive) et porte les sacs.

L'assistante sociale du CMS passe à domicile 2x/mois pour récupérer les factures médicales à envoyer aux PC et selon les dires de l'assurée, elle reste pour discuter. L'assurée a un avocat pour régler ses démarches avec l'AI.

Le concierge de l'assurée apporte une aide pour aller à la déchetterie. L'assurée fait le tri et le concierge l'accompagne à la déchetterie pour porter les poids. Le voisin de l'assurée promène son chien tous les matins : Il en avait pris l'habitude pendant la période où l'assurée s'est fait opérer de l'épaule en 2021 et s'est attaché à l'animal. Toutefois, l'assurée serait en mesure de le faire de manière autonome.

L'assurée est au bénéfice d'une femme de ménage, 4heures/semaine, payée par les PC, depuis 2008. La femme de ménage fait les tâches courantes, les tâches de nettoyage en profondeur, le repassage, étendre les pièces de linge du lit, ranger les habits, le tri du recyclage quand l'assurée ne l'a pas fait et jeter la poubelle à cause du poids du sac. A savoir que l'évaluation du besoin a été faite en 2008, quand l'assurée vivait avec son mari dans un autre domicile. En 2016, le CMS est intervenu avec une aide au ménage pendant un mois et le temps attribué pour l'aide était d'une heure/semaine. [...] »

**c)** La recourante considère, de son côté, que les trois éventualités prévues par l'art. 38 al. 1 RAI devraient être reconnues dans son cas. Elle a souligné être assistée de sa fille, son assistante sociale, l'infirmier du CMS, ses amies et une femme de ménage, à défaut de quoi elle ne serait « pas capable de vivre décemment dans son appartement ». Lorsqu'elle devait sortir, elle se rendait quasiment à chaque fois accompagnée à ses différents rendez-vous, soit par sa fille, soit par des amies. Lorsqu'elle commandait un taxi, ce dernier venait la chercher en bas de chez elle. Elle se sentait très vite dépassée en raison de ses limitations physiques. Elle avait accepté d'être la référente thérapeutique

de son frère gravement malade, parce qu'elle avait travaillé pendant trente ans en lien avec le domaine médical. Son frère était sous curatelle, de sorte qu'elle n'avait pas à s'occuper de ses affaires. La recourante a fait valoir qu'il était erroné de considérer qu'elle rangeait seule ses achats. Elle avait besoin d'aide lorsqu'elle avait fini ses courses, et dès son retour à domicile, allait se coucher, attendant qu'une amie ou sa fille vienne pour ranger les achats. S'agissant de la cuisine, en général, sa fille confectionnait ses repas. Elle recevait l'aide d'une amie le week-end pour ranger son appartement. Elle ne passait plus l'aspirateur et était incapable d'étendre ses lessives. En outre, l'assistante sociale du CMS lui offrait souvent un soutien moral lorsqu'elle n'allait pas bien. Par ailleurs, le concierge de son immeuble allait à la déchetterie à sa place, tandis que sa femme de ménage se chargeait du tri des déchets. Concernant le soin aux animaux domestiques, son voisin s'occupait quotidiennement de son chien, en raison de ses limitations physiques. La recourante a précisé ne percevoir des prestations complémentaires que depuis l'année 2015. Elle réitérait enfin que sans ces diverses aides, singulièrement celle de sa fille, il ne lui serait pas possible de demeurer à domicile.

**d)** On peut concéder à la recourante que sa situation a évolué depuis le précédent rapport d'enquête du 8 janvier 2013, dans la mesure où elle n'exerce plus d'activité professionnelle. Cela étant, quoi qu'en dise la recourante, on ne saurait retenir un changement significatif dans le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis la précédente décision du 25 septembre 2017. On relève qu'à l'occasion du dépôt de sa demande d'allocation pour impotent du 24 juin 2020, elle s'est expressément référée à des éléments déjà connus et investigués, tels que communiqués en mars 2017, faisant derechef état d'un besoin d'accompagnement depuis l'année 2012. Indépendamment de cette remarque, l'enquêtrice de l'OAI a néanmoins tenu compte des limitations fonctionnelles actualisées pour se prononcer sur le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, à savoir un port de charges limité en raison des problématiques des mains, une diminution d'amplitude des épaules, des douleurs aux genoux, des douleurs et une incapacité de se pencher en avant en raison des

problèmes cervicaux et lombaires, une fatigabilité et une faible tolérance à l'effort en raison de l'asthme et des apnées du sommeil, ainsi qu'une diminution de la capacité visuelle (cf. rapport d'enquête du 27 septembre 2022, p. 2). Ce faisant, l'enquêtrice de l'OAI a dûment pris en considération le tableau clinique présenté par la recourante jusqu'à la date de la décision sur opposition incriminée.

**aa)** S'agissant de la première éventualité prévue par l'art. 38 al. 1 let. a RAI (vivre de manière indépendante), on peut retenir que la recourante demeure capable de structurer sa journée et d'organiser ses différents rendez-vous, malgré son sentiment d'être « vite dépassée ». Elle gère au quotidien ses traitements et visites médicales, tout en étant en mesure d'être une référente pour un tiers (son frère gravement malade), ce qu'elle ne conteste d'ailleurs pas. S'agissant des tâches ménagères, la recourante sollicite les services d'une femme de ménage à hauteur de quatre heures par semaine, dans la même mesure depuis 2008, indépendamment de l'évolution de sa situation personnelle (décès de son conjoint et déménagement). Au demeurant, on ne voit pas que la recourante soit totalement entravée dans l'accomplissement de tâches ménagères légères, compatibles avec ses limitations fonctionnelles. On peut à cet égard considérer comme exigible que la recourante se dote de moyens auxiliaires légers et adaptés lui permettant de se consacrer à quelques tâches quotidiennes (balais ou aspirateurs légers, n'impliquant pas de contraintes pour le dos et les membres supérieurs). Les limitations fonctionnelles retenues sur le plan objectif ne permettent pas davantage d'expliquer l'incapacité alléguée par la recourante à se consacrer à ses lessives, le recours à des appareils ménagers adéquats (sèche-linge) apparaissant exigible dans ce contexte. On retiendra aussi qu'il incombe à la recourante de fractionner les tâches, en se consacrant essentiellement à des activités légères, dans le respect de son état de santé. Quant à la gestion des déchets, on pourrait exiger de la recourante qu'elle s'en débarrasse plus souvent en de petites quantités. L'aide apportée dans ce cadre par son concierge et sa femme de ménage ne semble par conséquent pas indispensable, bien qu'assurément profitable. On peut ajouter que la confection des repas, assumée par la fille de la recourante

et lui simplifiant incontestablement le quotidien, ne paraît pourtant pas incompatible avec les restrictions physiques objectivées auprès de la recourante. Il semble en revanche que la confection régulière de repas individuels, ne nécessitant pas de se servir de plats particulièrement lourds, pourrait être effectuée par la recourante.

**bb)** Quant à la seconde éventualité envisagée par l'art. 38 al. 1 let. b RAI (activités hors du domicile), il est admis que la recourante est en mesure de quitter son domicile pour se rendre à l'extérieur en organisant des déplacements accompagnés. Eu égard aux courses, il est exigible de la recourante de solliciter des services de livraison à domicile et des services en ligne, ce qui est apparemment déjà le cas pour les grosses courses alimentaires et les achats vestimentaires. En outre, on peut estimer raisonnablement exigible que la recourante s'organise pour réaliser des courses légères, plus régulièrement, et se munisse de moyens auxiliaires pour lui faciliter la tâche (chariot à roulettes). On ne voit pas de limitations objectives qui justifieraient que la recourante soit physiquement incapable de ranger ses courses. On peut enfin estimer que le soin aux animaux domestiques, en particulier au chien, semble accessible à la recourante, quand bien même son voisin la décharge régulièrement de cette tâche. Cette assistance ressort bien plutôt à la convenance personnelle qu'à une véritable nécessité imposée par l'état de santé de la recourante.

**cc)** Eu égard à la dernière éventualité prévue par l'art. 38 al. 1 let. c RAI (risque d'isolement durable), la recourante ne se trouve à l'évidence pas dans une telle situation. Ainsi qu'elle l'a elle-même indiqué à réitérées reprises, la recourante dispose d'un entourage étayé et bienveillant (fille, amies, voisins), alors qu'elle conserve sa capacité à nourrir ses relations sociales, tant en se rendant à l'extérieur de son domicile qu'en recourant aux moyens de communication usuels (téléphone, internet). Dans un tel contexte, la recourante ne court manifestement pas un risque d'isolement durable.

**29.** Etant donné les considérations qui précèdent, il y a lieu de considérer que la situation de la recourante ne s'est pas péjorée substantiellement, au sens requis par l'art. 17 al. 2 LPGA, depuis le 25 septembre 2017 en lien avec le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ce qui exclut le droit à une allocation pour impotent de ce fait.

**30. a)** On ajoutera que, dans le cadre de la présente procédure, les limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche (poignet, diminution de la force et de l'amplitude), énoncées par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans le rapport du 7 décembre 2023 et le certificat du 19 mars 2024, n'ont pas lieu d'être prises en considération pour l'évaluation de l'impotence de la recourante jusqu'à la date de la décision sur opposition rendue le 5 juillet 2023. Il est en effet rappelé que ces limitations sont consécutives à l'intervention chirurgicale réalisée le 20 novembre 2023, soit postérieurement à dite décision sur opposition (cf. sur cette question : consid. 14d supra).

**b)** Au surplus, on écartera la requête d'expertise pluridisciplinaire formulée par la recourante par appréciation anticipée des preuves (cf. sur cette question : consid. 14c supra), le tableau clinique présenté par cette dernière s'avérant suffisamment documenté par le biais des rapports de ses différents médecins traitants jusqu'au 5 juillet 2023.

**31.** Compte tenu de l'ensemble des considérants qui précèdent, l'intimée était fondée à nier le droit à une allocation pour impotent en faveur de la recourante, en l'absence de motif de révision selon l'art. 17 LPGA depuis la précédente décision du 25 septembre 2017.

**32. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> 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  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 5 juillet 2023 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Valentin Groslimond, à Vevey (pour B. \_\_\_\_\_),
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, à Vevey,
- 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 :