

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 9 et 17 LPGA ; 35, 37 et 38 RAI.

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, est au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible depuis le 1^{er} août 1989 pour malvoyance.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mené d'office une révision du droit à dite allocation. Sur la base du questionnaire complété le 7 janvier 1999 par l'assurée, des indications du 17 février 1999 du Dr J. _____, médecin généraliste traitant, selon lesquelles « l'assistance à la vie quotidienne parai[ssait]t surprenante, mais [était] à évaluer dans le cadre d'un état dépressif sévère, stabilisé par un encadrement social soutenu. [...] », ainsi que d'une visite à domicile effectuée le 12 juillet 2000 par une enquêtrice de l'assurance-invalidité, l'OAI a maintenu l'allocation pour impotent de degré faible, par décision du 14 décembre 2000.

B. Le 4 avril 2005, l'assurée a complété un nouveau questionnaire relatif à la révision de l'allocation pour impotent, indiquant un besoin d'aide régulière et importante pour se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette, se déplacer et établir des contacts. Elle exposait également avoir besoin d'une aide donnée par une infirmière du W. _____ depuis septembre 2004 pour lui permettre de vivre de manière indépendante à la maison, d'un accompagnement fourni par des amis et des connaissances pour les activités et les contacts hors du domicile, ainsi que d'une présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable, apportée par une infirmière, un psychiatre, ou un accompagnant. Elle évoquait avoir besoin deux fois par semaine de l'aide d'une infirmière pour le bain, la médication et pour prendre sa pression.

Le Dr J. _____ a constaté le 20 avril 2005 une situation stable et contrôlée sur les plans clinique, immunologique et virologique, en regard de la maladie infectieuse (HIV), tout en admettant un important

problème psychiatrique évoluant de longue date, à l'origine de nombreuses hospitalisations et consultations en urgence. La patiente était suivie par le B._____. Un accompagnement psychosocial à domicile, justifié par la pathologie psychiatrique, prenant la forme d'assistance à la vie quotidienne, avait alors été mis en place. Ce médecin a indiqué que le retrait ou la mise en danger de cette structure se solderait inévitablement par de nouvelles hospitalisations.

Le 27 mai 2005, le Dr J._____ a attesté une situation immunologique stable ne représentant plus de risque d'infection opportuniste majeure. Il a fait état, après avoir contacté téléphoniquement le B._____, d'un état d'épuisement psychologique de sa patiente, laquelle désirait un encadrement auprès de la Fondation du N._____.

Le 11 août 2005, le Dr J._____ a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis 1995 pour une infection HIV et que la prise en charge médicale avait d'emblée été compliquée par des troubles majeurs de la personnalité, avec des traits histrioniques. L'interaction entre les deux pathologies avait d'une part conduit à de fréquents arrêts de la trithérapie, et d'autre part à de très nombreuses hospitalisations en milieu somatique ou psychiatrique. En annexe, le Dr J._____ a joint un rapport du 21 juin 2005 établi à la suite du séjour de l'assurée du 31 mai au 21 juin 2005 au Z._____, posant comme diagnostic principal un infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST avec occlusion subtotale de l'artère interventriculaire antérieure, dilatée et stentée le 2 juin 2005. La patiente avait ensuite été transférée en court séjour au S._____ (cf. rapport des Drs C._____ et F._____, médecins au Z._____).

Une nouvelle enquête à domicile a été effectuée le 23 mai 2007. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice a relevé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que depuis son infarctus en mai 2005, cette dernière avait pris conscience de sa fragilité psychique et physique, appréciant l'aide du W._____ et n'hésitant pas à demander du soutien si elle se sentait moins bien. Elle commandait ses repas chauds les jours où les effets secondaires de la trithérapie la rendaient malade.

L'enquêtrice a retenu un besoin d'aide pour faire sa toilette, pour sortir de son appartement, l'assurée ayant beaucoup de peine à marcher, pour entretenir des contacts sociaux, de même qu'un besoin d'aide en raison d'une atteinte des organes sensoriels, l'intéressée souffrant d'une importante myopie. L'enquêtrice a également relevé que l'assurée avait régulièrement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, précisant qu'elle avait besoin d'un soutien pour le suivi régulier de sa trithérapie, à raison de 1 h 15 par semaine. L'intéressée n'avait pas de problème pour structurer sa journée, elle gérait ses repas, faisait sa lessive, ses paiements et les activités légères dans le ménage. Une femme de ménage s'occupait des nettoyages et une amie faisait les courses. Chaque semaine, une infirmière du W. _____ surveillait son état de santé, l'encourageait à continuer sa trithérapie et à maintenir une bonne hygiène de vie. Cette présence était nécessaire pour déceler une baisse de son état général, à hauteur d'une heure par semaine. S'agissant des activités et contacts hors du domicile, l'assurée nécessitait l'aide d'une infirmière en psychiatrie pour faire face à sa maladie, à raison de 15 minutes par semaine deux fois par mois. L'enquêtrice a conclu que le besoin d'aide était nécessaire pour deux actes de la vie quotidienne, tel que retenu précédemment, et que le temps d'accompagnement n'atteignait pas les deux heures par semaine, de sorte qu'il ne pouvait être pris en considération.

A la suite de cette instruction, constatant que l'assurée avait toujours besoin d'aide pour accomplir deux actes de la vie quotidienne et qu'elle ne nécessitait un accompagnement qu'à raison de 1 h 15 par semaine, l'OAI a confirmé par décision du 4 octobre 2007 le droit à une allocation pour impotent de degré faible.

C. Une nouvelle révision a eu lieu, au cours de laquelle, le 9 novembre 2016, l'assurée a complété un questionnaire simplifié de révision de l'allocation pour impotent. A la question : « le besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie s'est-il modifié depuis notre dernière communication ? », elle a répondu de la manière suivante : « rester la même impotente faible ». Elle a indiqué avoir effectué différents

séjours en milieu hospitalier depuis la dernière révision, soit du 31 août au 7 septembre 2015, du 14 septembre au 31 octobre 2015, ainsi que le 10 août 2016, auprès du Z._____ et de la Fondation Q._____.

L'OAI a fait parvenir à la Dresse A._____, médecin généraliste traitante de l'assurée, un questionnaire concernant la révision de l'allocation pour impotent de sa patiente. L'OAI a indiqué que cette dernière était actuellement au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen (sic) et qu'un besoin d'aide pour faire sa toilette et se déplacer/entretenir des contacts sociaux lui avait été reconnu.

Complétant ce formulaire le 26 décembre 2016, la Dresse A._____ a répondu par l'affirmative à la question de savoir si elle confirmait le besoin d'aide susmentionné. Elle a en outre posé les diagnostics suivants :

« VIH depuis 1994
Pneumonie à pneumocystis en 2003
Névralgie du trijumeau depuis 2008 sous traitement antalgique niveau III
Œdème des MI [membres inférieurs] plurifactorielle suite traitement par Lyrica
Post STEMI [infarctus du myocarde avec élévation du segment ST] et PTCA [angioplastie coronaire transluminale percutanée] avec pose de stent en 2005
Post embolie pulmonaire en 1993
Trouble de la personnalité
Diminution importante de l'acuité visuelle. »

La Dresse A._____ a attesté de limitations fonctionnelles en ces termes :

« Les limitations fonctionnelles sont surtout psychiques. Madame M._____ présente un trouble de la personnalité ainsi qu'une anxiété généralisée probablement également des phobies qui limitent son autonomie. La limitation psychique de son autonomie limite son autonomie physique par déconditionnement.
Madame M._____ présente également une dénutrition d'origine multifactorielle, qui occasionne une diminution des compétences motrices. Cette limitation motrice est accentuée par un déconditionnement physique.
Madame M._____ présente une diminution de l'acuité visuelle qui la désécure à l'extérieur. »

Elle a indiqué ce qui suit s'agissant du besoin d'aide :

« Madame M._____ présente de multiples pathologies physiques et psychiques qui limitent son autonomie. Elle est suivie par le W._____ et nécessite le passage d'une infirmière en psychiatrie une fois par 15 jours actuellement, avec à court terme, une augmentation à 2 fois par semaine pour améliorer le suivi est en cours de discussion avec la patiente. Le W._____ intervient également pour une aide au ménage et à la lessive à hauteur de 2 heures par semaine et une aide à la toilette 3 fois par semaine. Madame M._____ n'est plus capable de sortir de chez elle seule. Ses déplacements doivent être organisés et accompagnés (Motivation, soutien, accompagnement par un transporteur ; taxi V._____, ambulance). Elle bénéficie de l'aide de la P._____ pour faire ses courses. Les prises en charge médicale et para-médicale s'effectuent à domicile. »

Enfin, concernant la nature et l'importance du traitement, elle a noté ce qui suit :

« Passage régulier d'une infirmière psychiatrique du W._____
Aide au ménage et à la toilette effectuées par le W._____
Drainages lymphatiques à domicile en cas de besoin
Régime spécial avec compléments alimentaires
Traitement médicamenteux : TRIUMEQ, Morphine, Temesta si besoin. »

Ce médecin a notamment joint à son rapport médical les documents suivants :

- un rapport du 4 janvier 2016 de la Dresse R._____, spécialiste en angiologie auprès de la L._____, retenant ce qui suit :

« Diagnostic principal:
Œdème des MI d'origine plurifactorielle

Comorbidités:
Névralgie du Trijumeau
Hypovitaminose B12 en exploration
Cardiopathie ischémique avec infarctus antérieur du myocarde en 05.2005 et PTCA avec pose de stent sur l'IVA en 06.2005
Infection HIV stade C3 selon CDC [Centers for Disease Control] diagnostiquée en 03.1995 (test négatif en 02.1994)
Embolie pulmonaire en 1993
Hypercholestérolémie traitée
Troubles de la personnalité de type histrionique
Intolérance médicamenteuse : Pénicilline, Sulfamidés, Clarithromycine (rash)

[...]

Anamnèse :

Madame M. _____ présente des œdèmes des MI depuis 2008, suite à l'introduction du Lyrica puis de morphine pour des douleurs de type neurologique, dans le cadre d'une névralgie du trijumeau. Depuis plusieurs années, elle bénéficie de drainages lymphatiques, 1 à 2x/semaine, selon l'état de ses jambes, sans port de contention élastique, car elle ne la supporte pas (intolérance aux polyamides). La patiente nous est adressée pour un bilan veineux des MI. »

- un rapport du 1^{er} avril 2016 de la Dresse H. _____, médecin, établi à la suite du séjour de l'assurée auprès de la Fondation Q. _____ du 14 septembre au 31 octobre 2015, posant les diagnostics de perte pondérale d'origine peu claire (psychogène ?), de maladie HIV diagnostiquée en 1995, de cardiopathie ischémique (STEMI ant[érieur] en 2005, stent sur artère interventriculaire antérieure 2005), de trouble de la personnalité de type histrionique, ainsi que de lupus du visage. La Dresse H. _____ faisait de surcroît état de ce qui suit :

« Anamnèse actuelle :

Patiente tabagique chronique connue pour une maladie HIV depuis 1995, une cardiopathie ischémique et des troubles de la personnalité de type histrionique, annonçant une perte pondérale de 15 kg en 6 mois. [...]

Evolution et discussion :

Des difficultés psycho-sociales importantes conduisent Mme M. _____ à une hospitalisation à Q. _____ avec pour objectif de la remettre sur des rails en lui offrant un cadre sécurisant et contenant. Nous avons très rapidement dû abandonner certains objectifs thérapeutiques dans la mesure où toute modification de traitement doit être négociée et est systématiquement refusée. Elle a, par exemple, refusé que la morphine qu'elle s'administre depuis longtemps par voie sc [sous-cutanée] soit substituée par de la morphine orale qui plus est une morphine de longue durée d'action (MST). Très certainement que cette façon de faire lui offre le bénéfice de l'effet pic de la morphine dont elle a par ailleurs abusé les jours précédents l'hospitalisation, en témoignent des troubles de la vigilance à l'entrée. Nous avons pu négocier une discrète diminution des doses de morphine et inciter la patiente à limiter la prise de réserve, qu'elle surconsomme les jours de mauvais temps sous prétexte que ses algies de la face augmentent quand le temps est gris.

S'agissant de la perte pondérale présentée ces derniers mois par Mme M. _____, elle est liée à une désorganisation totale de sa vie et par conséquent de ses repas. A Q. _____, appréciant la

convivialité de la table et la cuisine, Mme M. _____ a retrouvé un excellent appétit ; sa prise de poids a été en cours de séjour de 5.5 kg, passant de 43 kg à l'entrée, à 48.5 kg à la sortie. Nous avons profité du séjour pour réaliser une prise de sang avec évaluation de la virémie VIH dont vous trouverez les résultats annexés.

Relevons encore que Madame M. _____ s'est adaptée au cadre fixé à Q. _____ et qu'elle a bénéficié de la convivialité du lieu appréciant l'art thérapie et les relations avec d'autres patients. S'agissant de la consommation de cigarettes, le sevrage bien que souhaité initialement par la patiente, n'a pas été possible. Elle nous quitte pour regagner son domicile ».

- un rapport du Dr J. _____ du 9 mai 2016, évoquant un traitement biologiquement bien toléré et une réplication virale toujours entièrement contrôlée.

Le 22 février 2017, l'OAI a informé l'assurée que le besoin d'aide n'ayant pas changé au point de modifier ses droits, elle continuait à bénéficier de la même allocation pour impotent que précédemment.

Par courrier du 13 mars 2017, l'assurée s'est étonnée de cette communication, compte tenu du rapport de la Dresse A. _____ du 26 décembre 2016, et a réclamé une décision.

Par décision du 15 mars 2017, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une allocation pour impotence de degré faible.

D. Par acte du 1^{er} mai 2017, M. _____, désormais représentée par Me Karim Hichri, recourt contre cette décision, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen à partir du 1^{er} novembre 2016. Subsidiairement, elle sollicite le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle fonde son recours sur le rapport de la Dresse A. _____, qui précise que son état de santé s'est aggravé sur le plan psychique, dès lors qu'elle présente un trouble de la personnalité et une anxiété généralisée limitant son autonomie. Elle évoque également le rapport médical du 1^{er} avril 2016 de la Dresse H. _____ de la Fondation Q. _____, attestant une perte pondérale en lien avec une désorganisation de sa vie, motivant, selon la recourante, le besoin d'un accompagnement

durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'article 38 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Elle souligne encore que l'allocation pour impotent de degré faible lui a été octroyée en raison de problèmes de vue.

Dans sa réponse du 10 juillet 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Il allègue que la recourante n'a jamais signalé une péjoration de son état de santé depuis la dernière décision de 2007 et que son état de santé psychique est connu depuis de nombreuses années. Il relève encore que la recourante a elle-même mentionné que le besoin d'aide était resté le même, la Dresse A. _____ l'ayant en outre confirmé dans son rapport du 26 décembre 2016.

La recourante réplique le 22 août 2017 en contestant l'interprétation que fait l'OAI des documents complétés de sa main dans le cadre de la révision. Elle indique ne pas avoir compris la question posée. L'intimé ne pouvait en déduire qu'elle aurait de ce fait reconnu ne pas avoir besoin d'une aide supplémentaire. Elle relève au demeurant que l'OAI a indiqué par erreur sur le document envoyé à la Dresse A. _____ que son impotence était de degré moyen, ce qui a empêché la médecin traitante de répondre correctement à la question de savoir si le besoin d'aide était resté le même. Elle allègue que l'OAI ne peut se fonder sur une aggravation transitoire de l'état psychique en 2000 pour nier derechef le besoin d'aide supplémentaire requis en 2016. Enfin, elle soutient que le fait qu'elle n'ait pas signalé une péjoration de son état de santé ne permet pas à l'OAI de la nier, une telle omission n'ayant d'incidence que sur la naissance du droit à une allocation pour impotent plus importante. Elle confirme en conséquence les conclusions de son recours.

Dans sa duplique du 11 septembre 2017, l'OAI maintient les termes de sa réponse, considérant que la situation et l'état de santé de la recourante étaient restés inchangés, puisque le trouble de la personnalité existait depuis 1995 et que les difficultés en lien avec l'état psychique avaient déjà été constatées à réitérées reprises sans que cela ne justifie le besoin d'une aide régulière et importante. Tout en reconnaissant l'erreur

figurant sur le questionnaire transmis à la Dresse A._____, il considère que la seule mention de besoin d'aide pour deux actes de la vie quotidienne correspondait clairement à une allocation pour impotent de degré faible.

Le 29 septembre 2017, la recourante s'est encore déterminée en relevant la confusion qu'avait fait naître l'erreur de l'OAI auprès de la Dresse A._____, en indiquant sur le questionnaire à son attention le bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen, le médecin traitant ne pouvant se voir reconnaître des connaissances juridiques. On ne pouvait en effet exiger de ce dernier qu'il comprenne que le besoin d'impotence, malgré la mauvaise indication donnée par l'OAI, n'était que de degré faible.

Par décision du 9 juin 2017, la juge alors en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} mai 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri.

Le 14 juin 2018, Me Hichri a renoncé à déposer la liste de ses opérations.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fériés de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à obtenir une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1^{er} novembre 2016 en lieu et place d'une allocation pour impotent de degré faible, dont elle bénéficie depuis le 1^{er} août 1989.

3. a) Selon l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence, cette disposition est notamment applicable pour les allocations pour impotent (TF 9C_127/2017 du 14 juin 2017 consid. 2 ; TF 9C_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4 ; TF 9C_168/2011 du 27 décembre 2011 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 35 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel les conditions de ce droit sont réalisées (al. 1). L'al. 2 1^{ère} phrase prévoit que lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88bis sont applicables.

Selon l'art. 87 al. 1 RAI, la révision a lieu d'office :

- lorsqu'en prévision d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance (let. a) ;
- ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (let. b).

D'après l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

b) A l'occasion d'une procédure de révision au sens de 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. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force

qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, en l'espèce la décision du 4 octobre 2007, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

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

Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42bis (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3).

b) 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.

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).

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) ;
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir et se coucher ; manger ; faire sa toilette (soins du corps) ; aller aux

toilettes ; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 294 consid. 4a et les références).

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas encore pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4 ; ch. 8013 CIIAI).

c) Aux termes de l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

Conformément à la jurisprudence, ainsi qu'à la CIIAI, 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 et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

Cet accompagnement 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

; TF 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références).

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 (par ex. questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) ; tenir son ménage (ch. 8050 CIIAI).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à l'assuré de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires (achats, loisirs, contacts avec les services officiels ou le personnel médical, coiffeur, etc.) (ch. 8051 CIIAI et la référence).

Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8048 CIIAI).

5. 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; ATF 135 V 39 consid. 6.1).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGa). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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. 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 ; ATF 128 V 93).

6. Dans le cas d'espèce, il s'agit de déterminer si le degré d'impotence s'est modifié de manière importante entre la dernière décision du 4 octobre 2007 et la décision attaquée, en raison d'un besoin accru de la recourante de disposer de l'aide d'un tiers, en particulier sous la forme d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

La recourante admet au demeurant être entravée, comme précédemment, dans deux actes ordinaires de la vie, à savoir celui de faire sa toilette et celui de se déplacer et entretenir des contacts sociaux. Elle considère en revanche qu'en raison de l'aggravation de son état de santé psychique, elle nécessite à l'heure actuelle un accompagnement

pour faire face aux nécessités de la vie, en sus de l'aide dont elle a besoin pour accomplir les actes de la vie quotidienne précités. Elle prétend en effet ne plus pouvoir vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne, n'étant plus en mesure de gérer ses repas et structurer sa journée, faisant preuve de désorganisation dans sa vie.

a) Lors de la précédente instruction, effectuée le 23 mai 2007, l'enquêtrice avait noté un besoin d'accompagnement de 1 h 15 par semaine pour assurer le suivi régulier de sa trithérapie, ce qui avait conduit l'OAI à maintenir une allocation pour impotent de degré faible. Elle avait en revanche indiqué que la recourante n'avait aucun problème pour structurer sa journée, qu'elle gérait ses repas, faisait sa lessive, s'occupait des paiements, ainsi que des activités légères du ménage. Par contre, les courses étaient faites à sa place par une amie et le nettoyage par une femme de ménage. L'enquêtrice avait relevé qu'une infirmière du W._____ surveillait l'état de santé de l'assurée, l'encourageait à continuer sa trithérapie et à maintenir une bonne hygiène de vie. Cette présence était nécessaire pour déceler une baisse de son état général, à raison d'une heure semaine (cf. point 4.2.1 du rapport d'enquête). L'assurée s'entretenait de surcroît avec une infirmière en psychiatrie de la L._____ pour l'aider à faire face à sa maladie à raison de 15 minutes par semaine deux fois par mois (cf. point 4.2.2).

L'OAI allègue qu'en 2016, la situation est restée identique à celle décrite précédemment. S'il ressort effectivement déjà du rapport du Dr J._____ du 11 août 2005 que le trouble de la personnalité existe de longue date et qu'en raison de l'interaction entre ce trouble et l'infection HIV, différentes hospitalisations en milieu somatique ou psychiatrique ont déjà été effectuées, on ne dispose d'aucune pièce au dossier documentant le moment (date), la durée, la fréquence ou la cause de ces dernières. Du rapport du 21 juin 2005 du Z._____, il ressort qu'une partie au moins des hospitalisations de 2005 l'ont été pour des raisons somatiques, essentiellement liées à l'infarctus dont elle a été victime, mais on ignore tout des éventuelles hospitalisations et du suivi thérapeutique sous l'angle

psychiatrique. Certes, le Dr J._____, qui n'est au demeurant pas psychiatre, indique déjà dans son rapport du 20 avril 2005 que l'assurée présente une importante comorbidité psychiatrique pour laquelle elle est suivie par le B._____, mais l'OAI n'a pourtant jamais réclamé de rapport médical à ce département, se contentant d'une instruction lacunaire sous l'angle psychiatrique. A défaut d'éléments médicaux, en particulier des rapports attestant des hospitalisations antérieures et permettant d'en déterminer les causes, l'intimé ne saurait justifier d'une situation identique depuis de nombreuses années.

Au demeurant, l'existence d'une pathologie psychiatrique et la nécessité de séjours auprès d'établissements médicalisés antérieurs à la dernière révision ne signifient pas encore que la situation médicale de la recourante en 2016 n'a pas connu d'aggravation et ne justifie pas un accompagnement plus important que celui déterminé en 2007, soit 1 h 15.

A cet égard, on relèvera que le rapport médical du 26 décembre 2016 de la Dresse A._____ à l'OAI évoque la nécessité d'augmenter le passage à domicile de l'infirmière en psychiatrie à deux fois par semaine pour améliorer le suivi de sa patiente. Au préalable, cette dernière ne passait qu'une fois tous les 15 jours. Or, rien au dossier ne permet de déterminer si cette augmentation a été mise en place. Du point de vue somatique, s'est ajoutée également depuis 2008 une névralgie du trijumeau sous traitement antalgique de niveau III, dont on est en droit de se demander si la pathologie, voire le traitement à base de morphine, ont des incidences sur l'état de santé psychique de l'assurée et les limitations de son autonomie. Il ressort à cet égard du rapport médical du 1^{er} avril 2016 de la Dresse H._____ que la recourante présentait des troubles de la vigilance à l'entrée de son hospitalisation en raison d'un abus probable de morphine les jours précédents. La perte pondérale importante (15 kg en 6 mois), en lien avec une désorganisation totale de sa vie et par conséquent de ses repas, telle qu'évoquée dans le rapport précité, confirmée par la Dresse A._____ sous forme de dénutrition d'origine multifactorielle (cf. rapport du 26 décembre 2016), devait conduire l'OAI à instruire davantage, en interrogeant les médecins traitants, en réclamant

les rapports établis suite aux hospitalisations effectuées en 2015, en demandant des renseignements à l'infirmière en psychiatrie en charge du suivi de la recourante, ainsi qu'au B._____.

Compte tenu du fait que la décision litigieuse se basait sur un formulaire de révision simplifiée, il appartenait également à l'intimé de mettre en œuvre une enquête approfondie au domicile de l'assurée, afin d'évaluer les conséquences de ces constatations médicales sur sa vie quotidienne.

L'OAI ne pouvait en l'état se contenter de dire que la situation était restée la même au vu du fait que la recourante avait déjà effectué des séjours à Q._____ et que le trouble de la personnalité était connu de longue date. Il n'est en effet pas impensable, compte tenu des éléments donnés par la Dresse A._____, que le besoin d'accompagnement se soit étendu de 15 minutes supplémentaires par semaine, voire au-delà, et soit ainsi passé à 2 heures ou plus, conduisant éventuellement à une impotence plus importante.

Pour finir, quand bien même les erreurs qu'a fait l'OAI dans le formulaire envoyé à la Dresse A._____ - en indiquant une allocation pour impotent de degré moyen - ne sont certainement pas capitales dans l'appréciation du dossier, l'OAI devait s'assurer auprès d'elle qu'aucune confusion n'était née de ces imprécisions et, si nécessaire, demander des éclaircissements.

b) Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, afin qu'il détermine au moyen d'une enquête à domicile et sur la base des renseignements qu'il aura pu obtenir auprès des médecins et des intervenants du réseau médico-social mis en place (infirmière et W._____), le besoin éventuel d'une aide accrue de la part de tiers, notamment sous la forme d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

7. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., à la charge de l'intimé (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative] ; RSV 173.36.5.1), ce montant couvrant celui qui aurait été accordé au titre de l'assistance judiciaire.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 15 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour M. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :