

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dessaux et Pasche, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 9 et 17 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37, 38, 88a et 88^{bis} 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 indépendante [...]. Elle a été victime d'un accident de la circulation en 1979 et est atteinte depuis lors d'une gonarthrose post-traumatique du genou droit.

Elle souffre par ailleurs de multiples problèmes de santé physiques et psychiques, 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 à droite en 1993, 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 à l'œil gauche en 2012.

Elle est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 70% depuis le 1^{er} mars 2001, majoré ultérieurement à 100% selon communication du 15 juin 2012 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

B. En date du 3 août 2012, l'assurée a adressé à l'OAI une demande d'allocation pour personnes impotentes, indiquant avoir besoin d'une aide pour se vêtir/se dévêtir (enfiler des collants, enlever les vêtements par la tête, monter et descendre une fermeture éclair), pour les soins corporels (se laver les cheveux) et pour se déplacer à l'extérieur. Elle a indiqué également avoir besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, précisant que depuis le mois de février 2008, son époux, sa fille et le Centre médico-social [...]

(ci-après : le CMS) l'aidaient pour la préparation des repas, le ménage, le repassage, les courses, ainsi que pour la gestion de ses affaires administratives.

Le 18 septembre 2012, l'assurée a requis la prise en charge de moyens auxiliaires en lien avec ses limitations visuelles. L'OAI a donné suite à cette demande en lui accordant des lunettes à verres filtrants (cf. communication du 15 octobre 2012).

Dans le cadre de l'instruction de la demande d'allocation pour impotence, une enquête a été réalisée au domicile de l'assurée le 8 janvier 2013. Le rapport corrélatif a retenu que pour l'acte « se vêtir », seule une aide directe pour enfiler certains vêtements était parfois requise. A cet égard, l'enquêtrice a précisé que l'assurée pouvait s'habiller et se déshabiller seule avec des vêtements adaptés. S'agissant des soins corporels, elle a noté que l'assurée pouvait faire sa toilette de manière indépendante, ajoutant toutefois qu'elle devait se laver les cheveux sous la douche, car elle ne pouvait plus le faire dans la baignoire. L'assurée devait par ailleurs se rendre chez le coiffeur pour faire ses colorations. Quant à l'acte « se déplacer », l'assurée pouvait se rendre seule à son travail, mais elle rencontrait des difficultés pour les déplacements effectués hors [...] et devait se faire accompagner par une amie ou son mari à ces occasions. L'enquêtrice a encore relevé que l'assurée recevait l'aide d'une femme de ménage à raison de quatre heures par semaine, financée par les prestations complémentaires, qu'elle pouvait préparer son semainier et prendre ses médicaments de manière autonome. Elle bénéficiait par ailleurs de différents moyens auxiliaires (lunettes, verres de contacts, lampes blanches, loupe portable). L'enquêtrice a enfin fait part d'un besoin d'aide de l'assistante sociale (une fois par semaine, puis tous les 15 jours durant 1h à 1h30).

Par projet de décision du 8 février 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à une allocation pour impotent.

En date du 26 février 2013, l'assurée a contesté ce projet, faisant part du décès de son mari le 24 février 2013, ce qui la privait désormais d'une aide importante. Elle a indiqué ne pas être en mesure d'effectuer seule ses courses, le ménage, la préparation de ses repas et diverses tâches administratives. Elle a en conséquence requis le réexamen de son droit à une allocation pour impotent, pour tenir compte de son récent veuvage.

Un complément d'enquête a été réalisé le 29 octobre 2013 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a constaté l'autonomie de l'assurée s'agissant des activités de la vie quotidienne et conclu que la description du besoin d'aide était identique à celui exposé à l'issue de l'enquête du 8 janvier 2013.

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 Dr F._____ a indiqué ultérieurement que sa patiente présentait une diminution de l'acuité visuelle sans toutefois que les valeurs limites ne soient atteintes pour admettre une grave faiblesse de la vue.

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

B. Par acte du 5 janvier 2015, B._____, représentée par son conseil Me Olivier Carré, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire avant nouvelle décision.

Dans le cadre de cette procédure, l'assurée a produit diverses pièces médicales destinées à démontrer l'aggravation progressive de son

état de santé et la réalisation - à son avis - des conditions mises à la reconnaissance d'une impotence. Peuvent notamment être cités :

- un rapport médical du 28 janvier 2015, établi par le 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^{er} juin 2015 rédigé par la Dresse J._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, lesquels ont confirmé un « état de dépenses compulsives » auprès de l'assurée ;
- un rapport rédigé le 25 août 2015 par le Dr K._____, spécialiste en ophtalmologie et médecin adjoint 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 auxiliaire),
- un rapport non daté, établi par N._____, ergothérapeute du CMS, qui a souligné les douleurs importantes de l'assurée au niveau du dos (lombaires), du genou et de l'épaule et préconisé différents moyens pour maintenir son degré d'autonomie (coussin de positionnement pour lit,

tablette de lit, chariot avec quatre roues et tringle abaissable).

En parallèle, en date des 30 janvier 2015 et 29 avril 2016, l'assurée, soit pour elle Me Carré, a déposé de nouveaux formulaires de demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI en vue de préserver ses droits postérieurement à la décision du 12 novembre 2014. La procédure administrative a été suspendue dans l'attente d'un arrêt statuant sur le recours introduit par l'assurée contre la décision précitée.

C. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu son arrêt le 8 juin 2016 sous n° de cause AI 4/15 - 143/2016. Elle 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 particulier, l'assurée ne requérait pas une aide régulière et importante pour les actes « se vêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer et entretenir des contacts sociaux ». 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. En dépit de l'atteinte oculaire, la cour a observé que 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 une allocation pour impotent à ce titre.

En date du 8 décembre 2016, l'assurée a déclaré retirer le recours en matière de droit public introduit auprès du Tribunal fédéral le
13 juillet 2016
(cf. ordonnance du Tribunal fédéral du 13 décembre 2016 en la cause 9C_489/2016, prenant acte de ce retrait), de sorte que l'arrêt cantonal est entré en force.

D. L'OAI a repris l'instruction des demandes subséquentes d'allocation pour impotent déposées par l'assurée.

A la requête de l'OAI, l'assurée 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 requérir de l'aide pour la réalisation 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'imprévis 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, suite à une pseudophakie de l'œil gauche.

En date du 3 avril 2017, la Dresse P._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a signalé ne pas être en mesure de compléter un rapport médical à l'attention de l'OAI. Elle a toutefois fourni un 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 Dresse 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 appareil 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 Dresse 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 avis du 12 juin 2017, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a conclu, sous la plume de la Dresse S._____, à l'absence d'élément susceptible « d'objectiver une aggravation depuis la dernière décision qui justifierait actuellement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ».

L'OAI a établi un projet de décision le 3 juillet 2017, envisageant de rejeter la demande d'allocation pour impotent de l'assurée. Par décision du 25 septembre 2017, il a repris les termes dudit projet.

Le 26 septembre 2017, l'assuré 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 inter-phalangienne proximale des 3^{ème} et 5^{ème} doigt avec blocage itératif ».

Le SMR a rappelé, le 26 octobre 2017, que les douleurs de l'épaule étaient déjà connues lors de la précédente décision, tandis que les problèmes de la main droite étaient susceptibles d'être soulagés par le port d'une attelle selon les indications fournies par la Dresse P._____. Ces éléments médicaux ne permettaient dès lors pas de justifier un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

E. L'assurée, avec l'assistance de Me Carré, a déféré la décision du 25 septembre 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 27 octobre 2017, concluant à son annulation, ainsi qu'à la reconnaissance de son droit à une allocation pour impotent et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Procédant à une critique du rapport d'enquête du 8 janvier 2013, elle a au surplus fait valoir l'aggravation récente de son état de santé. Elle a estimé avoir besoin d'aide systématique « pour divers actes de la vie quotidienne », soit pour les courses, les repas et autres tâches ménagères, ainsi que pour toutes les questions administratives. Elle a enfin requis le bénéfice de l'assistance judiciaire au vu de la précarité de sa situation financière.

Par réponse au recours du 27 novembre 2017, l'OAI a conclu à son rejet, en se référant aux avis communiqués par le SMR et rappelant

que nombre d'arguments soulevés par la recourante avaient fait l'objet de l'arrêt cantonal du 8 juin 2016.

Le magistrat instructeur a rendu une décision le 23 mars 2018, accordant à l'assurée l'assistance judiciaire, en l'exonérant de frais et d'avances de frais, ainsi qu'en désignant Me Carré en qualité d'avocat d'office, avec effet dès le 27 octobre 2017.

Par pli du 4 juin 2018, l'assuré a produit un rapport du Dr D. _____ du 11 mai 2018 consécutif à des bilans radiologique et sanguin, lequel a mentionné ce qui suit :

« [...Le bilan radiologique] montre une raideur lombaire et de très importants troubles dégénératifs disco-articulaires avec pratiquement disparition complète des disques entre les vertèbres L2-L3 et L3-L4. Il existe également une scoliose à convexité droite centrée sur L3. Au niveau de la main gauche, on trouve une arthrose radio-carpienne très marquée, ainsi qu'une arthrose du poignet, en particulier une rhizarthrose avancée. Il n'y a pas d'érosion ni de nouvelles lésions par rapport au dernier bilan radiologique. Il s'agit donc d'une poussée congestive des troubles arthrosiques dont souffre Mme B. _____. Une adaptation du traitement antalgique était nécessaire.

Sur le plan biologique, on retrouve uniquement deux éléments pathologiques : une dyslipidémie dans un contexte de risque cardiovasculaire global faible ne nécessitant pas de traitement médicamenteux, ainsi qu'une hypovitaminose D substituée. [...]. »

Me Carré a produit la liste détaillée de ses activités en date du 6 août 2018.

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-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit en cette matière la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

c) In casu, le recours interjeté le 27 octobre 2017 contre la décision de l'intimé du 25 septembre 2017 a été interjeté en temps utile. Il respecte en outre les formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieux en l'occurrence le droit à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé substantiellement depuis la décision du 12 novembre 2014, confirmée par l'arrêt du 8 juin 2016 de la Cour de céans, au point de justifier l'octroi d'une allocation pour impotent.

3. a) En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

b) L'art. 35 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201 prévoit que lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88^{bis} sont applicables.

L'art. 88a al. 2 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré 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.

S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88^{bis} al. 1 RAI dispose que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a).

c) 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; I 25/2007 du 2 avril 2007 consid. 3.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

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

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. 42^{bis} (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).

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).

c) 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), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2015, 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 297 consid. 4a et les références).

De manière générale, n'est pas réputé apte à l'accomplissement d'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 pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et 1986 p. 507 ; ch. 8013 CIIAI).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182 ; RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p.364) 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 (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI).

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

d) Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il doit avoir 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 (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 références citées).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois

(ch. 8053 CIIAI). 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). Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par-là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

e) Selon le chiffre 8065 CIIAI, il y a grave faiblesse de la vue au sens requis par l'art. 37 al. 3 let. d RAI lorsque l'assuré présente une acuité visuelle à distance corrigée bilatéralement de moins de 0.2 ou lorsqu'il présente une limitation bilatérale du champ visuel à 10 degrés à partir du centre (20 degrés de diamètre horizontal ; mesure du champ visuel : isoptère III/4 sur le périmètre de Goldmann). S'il existe à la fois une diminution de l'acuité visuelle et une limitation du champ visuel sans que les valeurs limites 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 (RCC 1982 p. 255). C'est également valable pour d'autres atteintes du champ visuel (par ex. pertes sectorielles ou en croissant, hémianopsies, scotome central).

f) On ajoutera que, conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (RCC 1989 p. 228 et les références citées ; Michel Valterio, Droit de

l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

5. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

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 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc).

6. En l'espèce, il convient d'examiner si un changement des circonstances factuelles est survenu depuis le 12 novembre 2014, date de la précédente décision confirmée sur recours. Cas échéant, il s'agirait de déterminer si un tel changement justifierait de reconnaître une impotence dans le cas de la recourante.

a) L'intimé s'est basé exclusivement sur l'appréciation du SMR pour considérer que l'état de fait ne s'était pas modifié dans une mesure ouvrant le droit à la prestation revendiquée. La Dresse S._____ a retenu ce qui dans son avis du 12 juin 2017 :

« [...] Dans l'axe rhumatologique : nous disposons du rapport de la Dresse P._____, rhumatologue, du 28.02.2017 qui annonce comme diagnostic nouveau une rhizarthrose gauche et un syndrome du tunnel carpien gauche dont le traitement au moment de la consultation est conservateur avec attelle de repos nocturne. Ces atteintes ne justifient à première vue aucune aide pour les actes ordinaires de la vie.

Dans l'axe ophtalmologique : rapport du Dr F._____ du 29.12.2016 qui annonce une nette amélioration de l'acuité visuelle à gauche suite à une greffe de la cornée en octobre 2016 et une situation stable à l'œil droit (acuité visuelle OD : 0.6 corrigé OG : 0.8 corrigé).

Dans l'axe pneumologique : l'assurée est suivie par le Dr G._____, pneumologue, qui ne retient pas de limitation dans l'axe pneumologique, chez une patiente dont l'asthme est bien contrôlé et sous CPAP pour un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (rapport médical du 14.04.2017).

Dans l'axe psychiatrique : la Dresse J._____ (rapport médical du 08.05.2017) annonce une fragilité psychique, fait connu dans le rapport [...] du 29.01.2013. Les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse J._____ sont uniquement d'ordre somatique, aucune limitation psychique n'est donnée.

Conclusions : l'analyse des différents rapports médicaux ne me permet pas d'objectiver une aggravation depuis la dernière décision qui justifierait actuellement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. »

A l'instar de l'intimé, on se doit de constater que l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante ne ressort pas des pièces médicales produites au stade de la procédure administrative. En particulier, ainsi que l'a observé le SMR dans son avis ci-dessus, les troubles pulmonaires qui ont affecté la recourante depuis le 12 novembre 2014, ont été maîtrisés sous traitement et appareillage adéquat selon les explications communiquées par le Dr G._____. S'agissant de l'atteinte ophtalmologique, on observe que l'acuité visuelle de la recourante s'est améliorée par rapport aux précédents constats, notamment des suites de l'intervention d'octobre 2016. Concernant les problèmes psychologiques de la recourante, déjà connus à la date du 12 novembre 2014, la Dresse J._____ ne mentionne aucune pathologie nouvelle, ni aggravation, tout en se limitant à renvoyer aux médecins somaticiens sur le plan fonctionnel. Au final, la principale modification de l'état de santé de la

recourante depuis la dernière décision de refus d'allocation pour impotent concerne le membre supérieur gauche (en particulier : rhizarthrose et syndrome du tunnel carpien irritatif). Ces atteintes n'ont toutefois pas de répercussions majeures sur la capacité de la recourante à accomplir les actes ordinaires de la vie, au vu de ses réponses au questionnaire ad hoc du 24 mars 2017. Il n'y a aucun motif pour considérer que ces nouvelles atteintes justifieraient davantage d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. A cet égard, les éléments rapportés par le CMS, à savoir l'assistance pour les courses, les loisirs, les contacts extérieurs, pour permettre à la recourante de vivre chez elle et pour éviter une tendance à l'isolement, correspondent à ce qui avait été retenu à l'issue des enquêtes au domicile des 8 janvier 2013 et 29 octobre 2013. La recourante elle-même a souligné avoir besoin d'assistance depuis août 2012, sans arguer d'un quelconque changement postérieurement à la décision du 12 novembre 2014.

b) S'agissant du rapport du Dr D._____ du 11 mai 2018, produit auprès de la Cour de céans le 4 juin 2018, ce document fait état de troubles dégénératifs lombaires, connus de longue date. Il relate également l'arthrose de la main gauche, ainsi que la rhizarthrose du poignet gauche, précédemment investigués par la Dresse P._____. Le Dr P._____ indique à cet égard que la situation est stable par rapport au précédent bilan radiologique. Quant aux autres diagnostics - à savoir une dyslipidémie ne nécessitant pas de traitement et une hypovitaminose D substituée - ils sont à l'évidence de faible gravité.

c) Les autres griefs soulevés par la recourante aux termes de son mémoire de recours sont au surplus dénués de pertinence. La recourante a en effet procédé à une critique des rapports d'enquête au domicile des 8 janvier 2013 et 29 octobre 2013. Or, la teneur de ces documents n'a pas lieu d'être remise en question dans le cadre de la présente procédure, dans la mesure où ils sont antérieurs à la décision du 12 novembre 2014, confirmée par l'arrêt de la Cour de céans du 8 juin 2016.

7. a) Il découle de ce qui précède que la recourante ne peut se prévaloir d'une aggravation substantielle de son état de santé qui lui ouvrirait le droit à une allocation pour impotent. La situation s'avérant pour l'essentiel superposable à celle régnant lors de la précédente décision du 12 novembre 2014, on peut conclure que la recourante ne requiert pas dans une mesure suffisante une assistance pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ni un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ni davantage les services de tiers en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels.

En conséquence, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision de l'intimé du 25 septembre 2017.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat dans la mesure où elle a été exonérée de leur paiement par décision d'octroi de l'assistance judiciaire du 23 mars 2018.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du 27 octobre 2017 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante en date du 6 août 2018. Il requiert le paiement d'une indemnité de 930 fr. 95 comprenant les débours (50 fr.) et la TVA (68 fr. 95) pour la période du 27 octobre 2017 au 31 décembre 2017. Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 6 août 2018, une indemnité de 383 fr. 40

comprenant les débours (50 fr.) et la TVA (27 fr. 40) peut également être allouée. Vérifiée d'office, la liste des opérations doit ainsi être approuvée. En définitive, il convient donc d'octroyer à Me Carré un montant total de 1'314 fr. 35 (débours et TVA compris) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 1'314 fr. 35 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC, le Service juridique et législatif étant chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision, rendue le 25 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'314 fr. 35 (mille trois cent quatorze francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

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 Olivier Carré, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, 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 :