

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap,

et

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

Art. 9, 17 al. 2 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37, 38, 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est atteinte depuis sa naissance d'un myéloméningocèle lombaire bas L4-L5 avec para-parésie flasque des membres inférieurs. Au fil des années ont également été posés les diagnostics de vessie neurogène (urostomie), d'importante gonarthrose bilatérale, d'état dépressif et de personnalité borderline, notamment. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mis l'intéressée au bénéfice d'une rente entière depuis 1981, d'une allocation pour impotent (de degré faible depuis janvier 2008, puis, par décision du 25 juillet 2013, de degré moyen depuis juillet 2012) et d'une contribution d'assistance depuis février 2012. Dans sa décision du 25 juillet 2013 relative à l'allocation pour impotent, l'OAI a reconnu un besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie consistant à « faire sa toilette », « aller aux toilettes », « se vêtir/se dévêtir » et se « déplacer », ainsi que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

B. Le 26 novembre 2014, l'OAI est entré en possession d'un certificat établi le 9 octobre 2014 par le Professeur J._____, spécialiste en urologie, dont il ressortait que sa patiente était appareillée de deux stomies des suites d'importantes séquelles d'un myéloméningocèle lombaire d'origine congénitale, et qu'elle nécessitait de l'aide à son domicile pour effectuer les cathétérismes et lavages.

Par courrier du 5 décembre 2014, se référant à un entretien téléphonique du même jour, l'assurée a demandé à l'OAI de « revoir la rente d'impotent suite au certificat médical [...] reçu ».

Le 17 février 2015, l'OAI a mis en oeuvre une enquête pour l'évaluation de la contribution d'assistance. Dans une communication interne du 25 février 2015, l'enquêtrice a notamment retenu que l'assurée était toujours autonome s'agissant de l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », l'intéressée ayant déclaré qu'elle arrivait encore à faire ses

transferts seule même si elle avait plus de difficulté en raison de la prise de poids et des douleurs liées à sa prothèse de hanche droite.

Le 13 novembre 2015, l'assurée a demandé la révision de son droit à une contribution d'assistance. A l'issue d'une enquête à domicile du 10 août 2016, l'OAI a décidé de procéder à une instruction complémentaire au plan médical, notamment afin de préciser les limitations fonctionnelles de l'intéressée (cf. communication interne du 17 août 2016).

Répondant le 8 novembre 2016 à un questionnaire de l'OAI, la Dresse B._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation, a indiqué qu'en sus des atteintes déjà connues, l'assurée souffrait de polyarthralgies des mains, des poignets et des épaules dans le contexte mécanique sur utilisation importante des membres supérieurs chez une patiente connue pour un myéloméningocèle lombaire L4-L5 avec parésie et troubles sphinctériens, et de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie probable. La Dresse B._____ a transmis deux rapports du Centre hospitalier universitaire vaudois (H._____), dont un rapport du 14 octobre 2016 du Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dresse B._____ s'est exprimée en ces termes :

« (...)

Question 2.)

Quelles sont les limitations fonctionnelles concernant la problématique de la hanche ?

Il y a des limitations fonctionnelles importantes d'origine mixte. La patiente ne peut pas se tenir debout pour plus de quelques minutes et elle utilise des cannes si elle marche des courtes distances. Autrement, elle utilise sa chaise roulante. Ses difficultés et limitations sont connues en raison de maladie spina bifida. Les problèmes de la hanche après status de fracture et les nouveaux diagnostics rhumatologiques empêcheraient les limitations fonctionnelles de déplacement ainsi que des transferts ainsi que l'utilisation des moyens.

Question 3.)

Quelles sont les limitations fonctionnelles concernant les douleurs aux mains et aux poignets ?

Ces difficultés sont d'origine mixte comme décrit à la question numéro deux. Il s'agit des limitations suivantes :

- Il y a des importantes limitations pour s'habiller seul
- Se déplacer seul
- Des soins corporels seul sans assistance
- En plus elle doit vider sa vessie quatre fois par nuit au minimum
- Egalement les nouvelles limitations des mains posent des difficultés à préparer des repas et elle a besoin d'assistance pour manger en raison des limitations des mains (couper des aliments par une tierce personne etc.)
- Les limitations fonctionnelles décrites sont celles les plus importantes mais elles s'étendent à toutes les activités de la vie quotidienne où elle utilise ses mains. »

Le 14 février 2017, l'OAI a mis en œuvre une nouvelle enquête à domicile dans le cadre de la contribution d'assistance. Dans une communication interne du 4 avril 2017, l'enquêtrice a notamment relevé les éléments suivants :

« (...)

API

De degré moyen à ce jour pour les actes se vêtir, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer, les soins permanents et l'accompagnement.

Lors de l'enquête, nous avons passé en revue les actes et nous pouvons, selon notre évaluation de ce jour, prendre en compte une aide pour l'acte manger, ce depuis fin 2015. En effet, l'assurée a des douleurs dans les mains qui l'empêchent de couper seule sa nourriture avec les ustensiles. Depuis la veille du RDV [rendez-vous], un ergothérapeute a adapté des couverts (couteau, fourchette, cuillère) en grossissant les manches afin qu'elle puisse à nouveau manger seule. Elle parvient à le faire quelques minutes, sans pouvoir couper puis doit être nourrie ayant trop de douleurs et plus de force dans les doigts.

Pour l'acte se lever, elle parvient à le faire seule, non sans difficultés portant ses attelles, idem pour se coucher selon la démonstration de ce jour. Cela dépend de sa fatigue et de ses douleurs mais l'aide n'est donc pas régulière et importante. Nous n'avons donc pas de modification du degré d'API [allocation pour impotent] mais un acte supplémentaire, soit celui de manger. »

Selon une fiche d'examen du 1^{er} mai 2017, la Dresse Z._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a confirmé une aggravation de l'état de santé en 2015 impliquant un besoin d'aide pour l'acte « manger ».

Par communication du 1^{er} mai 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée que, même si l'acte « manger » était reconnu comme nouvel acte ordinaire de la vie nécessitant une aide, son degré d'impotence

n'avait pas changé au point de modifier son droit, de sorte que son allocation pour impotent était maintenue sans modification. Toujours en date du 1^{er} mai 2017, l'OAI a également rendu un projet de décision réduisant la contribution d'assistance.

Par courrier du 22 mai 2017, se référant à la communication précitée, l'assurée a fait valoir que depuis son opération de la jambe droite en 2015, elle avait également besoin d'aide pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher ». Elle a expliqué qu'elle avait besoin qu'une personne soit présente lors des transferts, en raison du risque de chute, ajoutant qu'elle avait parfois également besoin de l'aide directe d'un tiers, la fatigue et les crampes aux membres supérieurs l'empêchant alors d'effectuer les transferts seule.

Considérant le courrier précité de l'assurée comme une demande de révision, l'OAI a requis la production d'un certificat médical attestant l'aggravation de son état de santé. Par projet de décision du 25 juillet 2017, l'OAI a constaté que l'assurée n'avait fourni aucun élément permettant d'établir une aggravation au plan médical et a fait savoir son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Désormais représentée par [...], l'assurée a transmis le 19 septembre 2017 à l'OAI un rapport de la Dresse B._____ du 16 juin 2017, adressé dans un premier temps par erreur à la Caisse cantonale de compensation AVS, aux termes duquel la médecin traitant signalait une péjoration de l'état de sa patiente depuis son dernier rapport de novembre 2016. La Dresse H._____ s'est notamment exprimée en ces termes :

« (...)

- Les transferts sont devenus plus difficiles en raison des polyarthralgies persistantes des mains et un risque accru de chute après l'intervention à la jambe. Ceci concerne les transferts lit-chaise, chaise-WC, chaise-lit, chaise-voiture, etc. Son compagnon doit l'aider dans ces déplacements à tout moment où c'est nécessaire.
- Il persiste toujours les limitations déjà décrites précédemment :
 - Il y a d'importantes limitations pour s'habiller seule, voir impossibilité
 - Se déplacer seule
 - Soins corporels seule sans assistance

- La préparation culinaire n'est plus possible et les courses sont effectuées exclusivement par une tierce personne, voire son compagnon.

Le CMS prend en charge les sondages vésicaux, la surveillance de la prise de médicaments, aide dans les AVQ [activités de la vie quotidienne].»

Après avoir rendu une décision de refus d'entrée en matière le 25 septembre 2017, l'OAI a signifié à l'assurée le 27 septembre 2017 la reprise d'instruction, compte tenu des nouveaux éléments apportés par la Dresse B._____.

Le 29 janvier 2018, l'OAI a réalisé une enquête au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 1^{er} février 2018, l'enquêtrice a notamment retenu les éléments suivants :

« (...)

4.1.2 Se lever

L'assurée passe seule de la position couchée à assise au bord du lit, sans aide. Pour aller s'asseoir sur le fauteuil roulant placé au bout du lit (côté du lit de l'assurée toujours inaccessible en fauteuil roulant), elle fait quelques pas en se retenant au meuble face au lit, au bord de la fenêtre, au bord du lit. Elle le fait seule mais quelqu'un est présent à côté d'elle, au cas où (en général son compagnon). Aucune intervention de sa part n'est nécessaire, hormis si elle se sent plus faible, ce qui n'arrive pas quotidiennement, selon ses propos ce jour.

S'asseoir

L'assurée s'assied seule sur son lit, sur son fauteuil roulant. Elle n'est jamais transférée sur les WC (stomies).

Se coucher

L'assurée passe seule de son fauteuil jusqu'au bord du lit, faisant la manœuvre inverse à ci-dessus. Ensuite elle se couche dans son lit. Selon son état de fatigue, une aide directe est apportée pour monter les jambes. Ceci arrive environ 2x/semaine, selon ses propos. Si elle porte ses attelles aux mains, elle nécessite une aide mais ce n'est pas quotidien lors des transferts. L'aide n'est donc pas régulière au sens de l'AI.

(...)

5. Remarques

L'entretien a eu lieu avec l'assurée qui était assise sur son lit, ce qu'elle avait fait seule. Son compagnon est arrivé en cours d'entretien. Son assistante était présente avec une personne amenée à la remplacer à l'avenir mais elles n'ont pas participé à l'entretien.

Nous avons décortiqué avec l'assurée l'aide pour l'acte se lever, s'asseoir, se coucher. Les aides pour les autres actes restent les

mêmes qu'auparavant. Nous avons indiqué retenir les soins permanents, déjà retenus en date du 25.02.2015 lors de l'enquête pour la CDA (cf. note du dossier).

L'assurée nous a décortiqué chacune des étapes des divers transferts qu'elle effectue. Elle peut encore les faire seule, sous couvert d'une présence au cas où elle se sentirait plus faible. Parfois, elle a besoin d'aide pour remonter les jambes dans le lit, 2x/semaine environ. Elle fait encore ses quelques pas pour rejoindre son fauteuil, mis au bout du lit. La configuration de la chambre fait qu'elle ne peut pas amener son fauteuil jusqu'à côté de son lit. Un changement de côté lui permettrait d'avoir son fauteuil plus proche et de ne pas nécessiter d'effectuer ces quelques pas supplémentaires. Après l'opération de la hanche courant 2017, elle a eu besoin de plus d'aide durant quelques semaines, étant plus faible, douloureuse mais à ce jour, elle peut à nouveau se transférer seule. Son ami est en général présent lors des transferts au cas où.

La Dresse B._____, dans son rapport du 16.06.2017, joint au courrier de contestation de [...] du 19.09.2017, indique que l'assurée a besoin de plus d'aide en raison de polyarthralgies de mains et un risque accru de chute, son ami devant l'aider à tout moment. Il l'aide de manière directe et systématique pour les transferts dans la voiture mais pas dans la chambre. Parfois les douleurs de mains l'empêchent de faire ses transferts seule mais ceci n'est pas quotidien. Le couple confirme cela. Au vu de ces informations, nous ne retenons pas l'acte à ce jour, l'aide n'étant pas régulière et importante au sens de l'AI.

L'assurée indique qu'elle aimerait déménager pour avoir plus de place et pour pouvoir se déplacer avec un fauteuil roulant électrique, ce qu'elle ne peut pas faire à ce jour au vu de la configuration de l'appartement. »

Par décision du 19 mars 2018, confirmant un projet de décision du 5 février 2018, l'OAI a refusé l'augmentation de l'allocation pour impotent requise par l'assurée. L'office a retenu que si l'assurée nécessitait en effet une aide supplémentaire depuis décembre 2014 pour des soins permanents ainsi qu'une aide pour l'acte de « manger », ces nouveaux éléments ne modifieraient pas le droit à l'allocation pour impotent, qui demeurerait de degré moyen.

C. Par acte du 27 avril 2018, S._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 19 mars 2018, dont elle a requis la réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré grave lui soit allouée depuis décembre 2014. Elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir reconnu qu'elle nécessitait de l'aide pour l'acte ordinaire de la vie consistant à « se lever /s'asseoir/s'asseoir ».

Dans une réponse du 29 juin 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision contestée, l'aide requise pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » n'étant pas régulière et importante au sens de l'assurance-invalidité.

Dans une réplique du 2 août 2018, la recourante, désormais représentée Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, fait grief à l'intimé d'avoir considéré son courrier du 22 mai 2017 comme une demande de révision, alors qu'elle avait déjà déposé une telle demande s'agissant de l'allocation pour impotent le 17 novembre 2015. Elle considère ainsi que c'est la date du 17 novembre 2015 qui doit être prise en compte pour la modification du droit, et non le 22 mai 2017. La recourante fait également valoir que la nécessité de la présence d'un tiers lors des transferts est établie par les rapports médicaux au dossier et n'est pas remise en question par l'enquête du 1^{er} février 2018, de laquelle il était ressorti qu'elle pouvait effectuer seule ses transferts « sous couvert de la présence d'un tiers », lequel devait en outre l'aider directement plusieurs fois par semaine pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher ». La recourante maintient ses conclusions dans le sens de l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave, dès le 1^{er} novembre 2015, compte tenu de la demande de révision du 17 novembre 2015.

Répliquant le 15 août 2018, l'intimé a maintenu ses conclusions dans le sens du rejet du recours, tout en estimant que la demande de révision concernant l'allocation pour impotent a été formulée le 22 mai 2017 seulement, et non le 17 novembre 2015, date à laquelle l'assurée avait demandé la révision de sa contribution d'assistance.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à une allocation pour impotent de degré grave plutôt que de degré moyen. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si l'état de santé de l'intéressée s'est aggravé substantiellement depuis la décision du 25 juillet 2013 au point de justifier un besoin d'aide pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », auquel cas l'allocation pour impotent en cours devrait être révisée en faveur d'une allocation de degré grave.

3. 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'impotence 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 (art. 88a al. 2 RAI par renvoi de l'art. 35 al. 2 RAI).

4. En vertu de l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent.

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. 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 (art. 42 al. 3 LAI et 38 RAI).

La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI). 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 (art. 37 al. 1 RAI). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ; (b) 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; ou (c) 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 (art. 37 al. 2 RAI). Enfin, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment : (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ; (b) d'une surveillance personnelle permanente; ou (c) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI).

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 297 consid. 4a et les références).

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 des fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante 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). En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (RCC 1989 p. 228 et 1986 p. 507 ; TF9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 8013 CIIAI). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne

peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TFA H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b, *in* RCC 1983 p. 71 ; TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.4 ; 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

5. a) En l'espèce, à titre préalable, et compte tenu de l'issue du litige, il y a lieu de constater qu'il n'est pas nécessaire de trancher la question de savoir si l'intimé devait traiter l'écriture du 22 mai 2017 de l'assurée comme une demande de révision de son allocation pour impotent ou une contestation de la communication du 1^{er} mai 2017, impliquant qu'il rende une décision formelle sujette à recours. Peut également rester ouverte la question de savoir si, dans la mesure où il niait l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée justifiant une modification du degré d'impotence, l'OAI n'aurait pas dû établir un projet de décision, en lieu et place de la communication du 1^{er} mai 2017. Peut enfin tout autant rester indécis le point de savoir à quelle date l'assurée a demandé la révision de son allocation pour impotent, ses écritures évoquant la date du 17 novembre 2015, l'OAI retenant le 22 mai 2017 et le dossier contenant un courrier de l'assurée du 5 décembre 2014, demandant de revoir sa « rente d'impotent ». En effet, sur la base des motifs exposés ci-après, le recours doit, quoi qu'il en soit, être rejeté, de sorte que les différents éléments précités, nécessaires pour déterminer à partir de quelle date une révision à la hausse de l'allocation devrait prendre effet, restent sans effet sur l'issue de la cause.

b) S'agissant du droit à l'allocation pour impotent, la recourante soutient qu'elle a dorénavant besoin d'aide pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », besoin que l'intimé n'a pas reconnu, se fondant principalement sur le rapport d'enquête à domicile du 1^{er} février 2018.

aa) 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 et 128 V 93). Dans le cas d'espèce, aucun constat d'erreurs manifestes ne saurait s'imposer, le rapport d'enquête du 1^{er} février 2018 remplissant les réquisits jurisprudentiels en matière de force probante. On relèvera d'ailleurs à cet égard que la recourante ne remet pas en question les observations de l'enquêtrice quant à sa façon de passer de la position couchée dans son lit à assise dans son fauteuil, et inversement. Elle n'a pas critiqué non plus la retranscription de ses déclarations par l'enquêtrice. Le rapport d'enquête du 1^{er} février 2018 constitue dès lors une base fiable de décision.

bb) Selon les constatations de l'enquêtrice relative à l'acte « se lever », la recourante est capable de passer seule de la position couchée à assise sur le bord du lit, sans aide. C'est d'ailleurs dans cette position que l'enquêtrice l'a trouvée à son arrivée, l'intéressée s'étant assise seule. L'assurée est également en mesure de passer de la station assise à la station debout sans l'aide de tiers. Les difficultés qu'elle rapporte ont plutôt trait au transfert du lit à sa chaise roulante, placée au bout du lit. Lors de cette phase, l'assurée doit effectuer quelques pas en se tenant au meuble face au lit, au bord de la fenêtre et au bord du lit. L'enquêtrice relève que l'assurée réalise seule ce déplacement, mais que quelqu'un, en général son compagnon, est présent à côté d'elle, « au cas où », sans devoir toutefois intervenir, hormis les jours où elle se sent plus faible. Ces difficultés ne suffisent toutefois pas pour reconnaître un besoin d'aide pour effectuer l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » au sens où l'entend la loi. En effet, pour justifier une impotence, il faut tout d'abord que l'aide requise soit importante et régulière. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque, aux dires de l'assurée, ce n'est pas quotidiennement

qu'elle nécessite l'aide directe d'un tiers lors du lever, pour passer du bord de son lit à son fauteuil. Cela n'est le cas que lorsqu'elle présente une fatigue importante, alors que le reste du temps, la présence d'un tiers n'est souhaitée que pour le « cas où », à titre préventif. Ensuite, comme l'a retenu le Tribunal fédéral, il n'y a lieu de reconnaître une impotence dans l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » (y compris se mettre au lit ou se lever de son lit) que lorsqu'il est impossible à la personne assurée de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers (TF 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 4.2.1 ; ch. 8015 CIIAI). Or, comme démontré ci-dessus, tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, la recourante rencontre à cet égard plus une difficulté d'ordre pratique qu'une impossibilité objective. En outre, comme relevé par l'enquêtrice, si la configuration actuelle de la chambre à coucher de l'assurée ne lui permet pas d'avancer son fauteuil jusqu'à côté de son lit, un changement de côté lui permettrait de positionner son fauteuil plus proche du lit, de sorte qu'elle pourrait y accéder sans devoir faire des pas supplémentaires, ce qui aurait pour conséquence de faciliter grandement les transferts, en mettant moins à contribution ses poignets et en réduisant le risque de chute. Un tel réaménagement peut être exigé de la recourante, compte tenu de l'obligation générale de diminuer le dommage prévalant en assurances sociales, selon laquelle l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (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).

S'agissant de la fonction « s'asseoir », l'enquête a permis de constater que l'assurée est capable de s'asseoir de manière autonome sur son lit et sur son fauteuil roulant.

Enfin, l'assurée est en mesure d'accomplir seule l'acte « se coucher », et ce n'est qu'environ deux fois par semaine, en cas de fatigue accrue, qu'elle a besoin d'une aide pour monter les jambes sur son lit, ce qui ne répond pas aux exigences d'importance et de régularité

requis par la loi. On relèvera d'ailleurs qu'aucun rapport médical au dossier ne fait état de limitations à ce propos.

En tout état de cause, dès lors que l'assurée est capable de passer de la position couchée à la position assise, puis à la position debout (soit de se lever), ainsi qu'inversement (soit de se coucher), et qu'en réalité seul le déplacement entre le lit à la chaise roulante dans la chambre à coucher est source de difficulté, il sied de constater que cette fonction est déjà prise en considération dans le besoin d'aide reconnu pour l'acte « se déplacer (dans l'appartement) » et ne saurait être prise en considération une seconde fois dans le cadre de la fonction « se lever/s'asseoir/se coucher » (cf. dans ce sens également TF 9C_633/2012 op. cit.).

cc) La recourante n'apporte au demeurant pas d'élément remettant sérieusement en cause les conclusions de l'enquête précitée. Contrairement à ce qu'elle fait valoir, les rapports médicaux au dossier ne permettent pas d'établir un besoin d'aide pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher ». Tout d'abord, les limitations évoquées par la Dresse B. _____ dans ses rapports des 8 novembre 2016 et 16 juin 2017 concernent des actes pour lesquels l'OAI a d'ores et déjà reconnu un besoin d'aide donnant lieu à une allocation pour impotent (habillement, déplacements, soins corporels, alimentation et vidange des poches des stomies). Quant aux limitations additionnelles évoquées par la Dresse B. _____ le 16 juin 2017 au niveau des transferts et de l'utilisation des moyens auxiliaires, elles restent sans incidence sur l'issue de la cause. Tel est également le cas des constatations faites par le Dr B. _____ dans son rapport du 14 octobre 2016, selon lequel il lui paraît important de maintenir l'aide actuelle à domicile, afin de ne pas risquer de péjorer les signes de tendinopathie liées à l'utilisation importante des membres supérieurs, mis notamment à contribution dans les transferts et les déplacements. Comme déjà examiné supra, le besoin d'une aide a d'ores et déjà été reconnu pour la fonction « se déplacer », à l'intérieur et à l'extérieur, et ne saurait être reconnu une seconde fois dans le cadre d'une fonction partielle d'un autre acte. Quant au risque de

chute évoqué par la Dresse B._____, comme également discuté ci-dessus, il pourrait être sensiblement réduit, voire supprimé, par une modification de l'aménagement de la chambre à coucher de l'assurée, qui permettrait d'éviter de se déplacer en marchant, avec ou sans béquille, du lit au fauteuil roulant. Enfin, on relèvera que c'est sans fondement que la Dresse B._____ évoque un besoin d'aide pour le transfert chaise-WC, dans la mesure où, selon les conclusions du rapport d'enquête du 1^{er} février 2018, non contestées, l'assurée n'est jamais transférée sur les WC en raison de ses stomies.

c) Au vu de ce qui précède, les éléments au dossier ne permettent pas de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en assurances sociales (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2) que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis la décision du 25 juillet 2013 au point de conduire à la révision de son allocation pour impotent dans le sens d'une allocation de degré grave.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision de l'intimé du 19 mars 2018.

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.

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).

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

- I. Le recours est rejeté
- II. La décision rendue le 19 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui, Inclusion Handicap (pour la recourante),
- 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 :