

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 346 vom 16. Juni 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__346

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 346 du 16 juin 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 346 del 16 giugno 2023

Regeste

ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, IMPOTENCE, ENQUÊTE{EN GÉNÉRAL}, RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE DE VIEILLESSE, REJET DE LA DEMANDE, RÉVISION{DÉCISION}, AVS | 43bis LAVS, 17 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI, 66bis al. 1 RA VS

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-vieillesse et survivants (art. 1 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). En vertu de ces dispositions, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] cum art. 38 al. 4 let. a LPGA pour les fêtes pascales) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (respectivement loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20 et règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). En l'occurrence, bien que la décision sur opposition entreprise ait été rendue en 2022, les faits déterminants se sont produits sous l'empire de l'ancien droit, en particulier la naissance alléguée du droit à l'allocation pour impotent, ce que la recourante ne conteste pas (sur la naissance du droit, cf. art. 42 al. 4 aLAI et ATF 137 V 351 consid. 4 et 5). La présente situation est ainsi régie par les dispositions légales et réglementaires – y compris en assurance-vieillesse et survivants – en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence au sein du présent arrêt.

E. 2

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

E. 3

a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. b) L'art. 43bis LAVS règle l'allocation pour impotent dans le régime de la LAVS. Selon cette disposition, ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui présentent une impotence (art. 9 LPGA) grave, moyenne ou faible (al. 1). L'évaluation de l'impotence s'effectue par application analogique de la LAI ; il incombe aux offices de l'assurance-invalidité de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation. Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires (al. 5).

E. 4

L'art. 66bis al. 1 RAVS (règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101) précise que l'art. 37 al. 1, al. 2 let. a et b, et al. 3 let. a à d RAI est applicable par analogie à l'évaluation de l'impotence dans l'AVS. a) Aux termes de l'art. 37 al. 1 RAI, l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c ; voir toutefois consid. 5 infra pour les assurés du régime de l'assurance-vieillesse et survivants). c) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou - d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e ; voir toutefois consid. 5 infra pour les assurés du régime de l'assurance-vieillesse et survivants). d) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références), ainsi que selon les chiffres 2020 et suivants de la Circulaire sur l'impotence édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) (jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) ; sur l'application dans le temps des directives administratives, voir TF 8C_322/2022 du 30 janvier 2023 consid. 4.3.1), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir et se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts. De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par

l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4). Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 2021 CSI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8025 CIIAI]). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8026 CIIAI]). e) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 consid. 10). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI). f) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (TF 9C_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 3.2 et les références ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

E. 5

Selon la volonté du législateur, les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui n'avaient pas besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie avant d'atteindre l'âge de la retraite ne peuvent prétendre à l'allocation pour impotent de l'AVS pour ce motif (ATF 133 V 569 consid. 5.4, confirmant la légalité de l'art. 66bis al. 1 RAVS ; TF 9C_11/2020 du 28 mai 2020 consid. 5.3). En effet, l'art. 66bis RAVS ne renvoie précisément pas aux art. 37 al. 2 let. c et al. 3 let. e RAI, de sorte que ces lettres ne sont pas applicables dans le régime de l'AVS.

E. 6

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

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

E. 7

a) L'art. 87 RAI est applicable par analogie à la révision de l'allocation pour impotent dans l'AVS (selon le renvoi de l'art. 66bis al. 2 RAVS). Cette disposition prévoit que, lorsque l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou que le besoin d'aide ou de soins était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible qu'elle présente désormais une impotence ou que le besoin d'aide ou de soins s'est modifié de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'impotence ou du besoin d'aide ou de soins rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 2 LPGA, si entre la dernière décision de refus de prester – qui repose sur un examen matériel du droit, avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à modifier le droit aux prestations s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; voir en matière de droit à la rente ATF 147 V 167 consid. 4.1). Une simple appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

b) En l'occurrence, le litige s'inscrit dans le contexte de la troisième demande d'octroi d'une allocation pour impotent de l'AVS de la recourante, qui ne bénéficiait pas d'une telle allocation avant d'émarger à l'AVS et après deux décisions de refus, confirmées sur oppositions et entrées en force. L'intimée est entrée en matière sur cette demande, puisqu'elle a procédé à des mesures d'instruction en recueillant des avis auprès de médecins et du CMS, ainsi qu'en diligentant une évaluation d'impotence à domicile. La dernière décision de refus de prester avec examen matériel du droit datant du 4 mars 2020, il y a lieu de déterminer si un changement important des circonstances propres à faire naître le droit à une allocation pour impotent s'est produit depuis cette date et jusqu'à la décision sur

opposition entreprise, rendue le 22 mars 2022. Pour rappel, par la décision sur opposition du 4 mars 2020, l'intimée avait reconnu à la recourante un besoin d'aide régulière et importante uniquement pour se déplacer, en se fondant essentiellement sur le rapport d'évaluation à domicile du 28 août 2019. En ce qu'elle soutient que son impotence aurait été établie par ses médecins traitants depuis 2016 et dans la mesure où elle se base sur des rapports antérieurs à la période déterminante arrêtée ci-avant, la recourante ne saurait donc être suivie. De même, le dernier rapport du Centre hospitalier W. _____ produit par la recourante, datant du 13 avril 2023, sort de l'objet du litige car il porte sur une période postérieure à la décision sur opposition entreprise et il ne saurait être pris en compte à ce stade (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

E. 8

En l'espèce, il est admis que la recourante est significativement atteinte dans sa santé physique depuis des années, en raison de plusieurs pathologies somatiques, ce qui a justifié l'octroi d'une rente d'invalidité en sa faveur depuis 1993. Sa troisième demande d'allocation pour impotent de l'AVS était motivée par son hospitalisation pour une embolie pulmonaire à la fin de l'été 2020. Cette atteinte, associée à ses comorbidités, aurait eu pour effet de réduire son autonomie au quotidien (cf. courrier de demande de révision du 10 octobre 2020 et rapport du Dr C. _____ du 11 novembre 2020). Pour rendre la décision sur opposition litigieuse, l'intimée s'est fondée principalement sur le rapport d'évaluation d'impotence à domicile du 18 mars 2021 et sur son complément du 6 octobre 2021. Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante de ces pièces à l'aune des griefs soulevés par la recourante (cf. consid. 6c supra). a) Les qualifications de l'évaluatrice et ses connaissances s'agissant de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps de la recourante, ne sont pas contestées par cette dernière. La recourante ne formule pas de grief précis quant à la verbalisation du contenu de l'entretien d'évaluation. Tout au plus soutient-elle – au stade du complément à son opposition et du recours seulement – qu'elle aurait tenu des propos trop optimistes et fait état d'une situation meilleure que celle qu'elle vivrait en réalité. C'est le lieu de rappeler que les premières déclarations de l'intimée à l'enquêtrice ne sauraient être mises en doute par ses seules précisions apportées postérieurement (TF 9C_562/2013 du 3 décembre 2013 consid. 4 et les références). En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). Cette simple affirmation générale de la recourante, après la réception de la décision négative de l'intimée, ne saurait ainsi jeter le doute sur la fiabilité du contenu du rapport d'évaluation du 18 mars 2021. De surcroît, comme l'a relevé l'évaluatrice dans son complément du 6 octobre 2021, l'époux de la recourante était présent lors de l'entretien et n'a pas infirmé ou nuancé les propos qu'elle a tenus. On relève que le rapport d'évaluation contient les diagnostics pertinents, repris du rapport du Dr C. _____ du 11 novembre 2020 et listés comme suit : « Embolie pulmonaire proximale bilatérale importante, syndrome métabolique sévère, HTA [réd. : hypertension artérielle], diabète type II insulino-dépendant, obésité morbide, dyslipidémie, hyperuricémie, insuffisance respiratoire hypoxémique sévère nécessitant l'oxygénothérapie au long cours par concentrateur depuis 2017, asthme sévère, lésion thalamique D [réd. : droite] avec hémisindrome sensitif facio-brachio-crural G [réd. : gauche] depuis 2004, néphropathie

mixte, incontinence urinaire mixte, polyarthralgies avec canal lombaire étroit, coxarthrose bilatérale, gonarthrose tricompartmentale du genou G, état anxiodépressif sévère ». L'évaluatrice a noté les indications de la recourante s'agissant de ses limitations fonctionnelles. A cet égard, on observe d'emblée que les rapports du Centre hospitalier W. _____ du 29 septembre 2021 et de l'Hôpital V. _____ du 28 octobre 2021 font état de limitations fonctionnelles en lien avec les difficultés respiratoires, l'obésité et les douleurs du rachis, ainsi que des troubles de la marche et de l'équilibre. Ces constats sont congruents avec les rapports médicaux antérieurs, déjà pris en compte pour la reddition de la dernière décision de refus. En effet, le Dr O. _____ mentionnait le 9 novembre 2016 des limitations douloureuses multiples, des troubles de l'équilibre, une dyspnée et un essoufflement. Le Dr C. _____ rapportait le 10 février 2017 des troubles respiratoires limitants et le Dr L. _____ indiquait dans un rapport du 20 mars 2019 des limitations liées à la dyspnée et à l'effort en raison de la symptomatologie algique. Le Dr N. _____ attestait des limitations fonctionnelles pulmonaires et des douleurs du rachis dans son rapport du 29 avril 2019. Il n'appert ainsi pas, du point de vue médical, que des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà existantes avant la période déterminante soient apparues. Dans son rapport comme dans son complément ultérieur, l'évaluatrice a systématiquement indiqué et distingué de manière claire, pour chaque acte ordinaire de la vie, ce qui ressortait de ses observations, de l'entretien avec l'intéressée, des questionnaires complétés par le CMS ou encore des arguments avancés dans l'opposition. Le rapport, au surplus exempt de contradiction, peut ainsi être considéré comme suffisamment motivé et détaillé, de sorte qu'il constitue une base fiable de décision. Ainsi, l'autorité de céans ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'évaluatrice, sauf s'il s'avérait évident qu'elle reposait sur des erreurs manifestes. b) Quant aux questionnaires remplis par le CMS, les remarques suivantes s'imposent. A la lecture du dossier, l'on ne parvient pas à distinguer la raison pour laquelle le CMS a rempli le formulaire envoyé par l'OAI à deux reprises, à environ deux semaines d'intervalle. De plus, la deuxième version ne figure pas intégralement au dossier, puisque seules les pages impaires ont été reproduites. La recourante fait toutefois étonnamment valoir que la première version ne serait pas exhaustive et se base essentiellement sur la seconde dans ses écritures. Quoiqu'il en soit, les deux rapports ne se contredisent en soi pas quant aux cases « oui » ou « non » cochées par le CMS, la deuxième version contenant simplement davantage de précisions dans les commentaires en-dessous desdites cases. De plus, le contenu de ces rapports ne contredit en réalité pas l'appréciation de l'évaluatrice, contrairement à ce que soutient la recourante, compte tenu des développements qui suivent. En outre, le CMS a fourni ses services à la recourante sur une période d'environ quatre mois selon les informations recueillies par l'évaluatrice qui ne sont pas contestées et uniquement pour des soins infirmiers liés à la prise de ses médicaments (semainier et prise de sang, cf. rapport de l'Hôpital V. _____ du 28 octobre 2021, p. 5). Il convient ainsi de relativiser l'importance de cette confusion. c) En ce qui concerne l'acte « se vêtir et se dévêtir », la recourante fait valoir (hormis les anciens rapports médicaux précédemment écartés) le rapport du CMS – sans préciser lequel – qui indiquerait qu'elle ne parvient plus à mettre des chaussures seules. Elle affirme en outre ne quasiment plus se vêtir. En réalité, le CMS a indiqué que la recourante n'avait pas besoin d'une aide régulière et importante pour se vêtir et se dévêtir (case « non » cochée dans les deux questionnaires). Le rapport du 29 décembre 2020 précise certes qu'elle ne pourrait plus mettre ses chaussures, toutefois cette mention n'est pas étayée ou détaillée et elle est contredite par les propos de la recourante lors de l'évaluation (« L'assurée enfile

seule ses habits du haut et du bas du corps qui sont adaptés. Cette dernière doit prendre son temps et gérer ses limitations mais souhaite conserver son indépendance », ch. 4.1.1 p. 3). Comme l'a relevé l'intimée dans sa réponse, l'intéressée n'a pas élevé de contestation quant à cet acte de la vie ordinaire dans son opposition, ni dans son complément d'opposition. Il convient donc ne pas accorder de crédit à ses affirmations faites dans un second temps et qu'aucune pièce du dossier ne soutient (cf. consid. 8a supra). De surcroît, les médecins de l'Hôpital V._____ ont indiqué qu'elle était indépendante pour l'habillement (cf. rapport du 28 octobre 2021, p. 4). L'on rappellera encore l'obligation de diminuer le dommage et d'utiliser des moyens auxiliaires, tels que des enfile-chaussures, des chausse-pieds, des vêtements et chaussures appropriés, munis respectivement d'élastiques et de velcro par exemple (ch. 2028 CSI). D'ailleurs, la recourante utilisait déjà ces moyens selon son courrier du 10 novembre 2018, sans qu'elle ne fasse valoir qu'elle ne pourrait plus le faire. L'appréciation de l'évaluatrice ne saurait ainsi être remise en cause s'agissant de cet acte. d) Pour l'acte « se lever, s'asseoir et se coucher », la recourante argue qu'elle ne parvient à l'effectuer qu'au prix d'un effort excessif et qu'elle passe la majeure partie de ses journées en position couchée. Selon la jurisprudence constante, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'impotence, il convient d'examiner pour chaque acte si la personne a les capacités de l'accomplir, le temps nécessaire pour celui-ci ne jouant pas de rôle déterminant. Il n'y a pas impotence lorsque l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé (TF 9C_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 5.1, 5.2.1 et les références). Aux termes du ch. 2030 CSI, il y a impotence lorsqu'il est impossible à la personne assurée de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. Si elle peut néanmoins changer de position elle-même, il n'y a pas impotence. L'évaluatrice a noté que la recourante se levait seule de son lit, d'un siège ou d'un canapé, en s'appuyant et avec difficulté. Il en allait de même lorsqu'elle s'asseyait et se couchait. Elle passait la majorité de ses nuits sur le canapé (ch. 4.1.2 p. 3 du rapport du 18 mars 2021). Pour sa part, le CMS a coché les cases « non » au besoin d'aide pour cet acte, dans ses deux rapports, comme l'a relevé l'intimée. Si les derniers rapports hospitaliers mettent en avant des troubles de la marche et de l'équilibre, ils précisent que la recourante n'avait pas présenté de chute récente et qu'elle effectuait les transferts seule de manière sécuritaire (cf. rapport du Centre hospitalier W._____ du 29 septembre 2021 p. 4 et de l'Hôpital V._____ du 28 octobre 2021 p. 4). Au sujet du risque de chute, on précisera encore que les pièces au dossier ne reflètent pas de risque important survenant quasi quotidiennement. En outre, l'éventualité de chutes et le besoin corrélatif d'aide pour se relever ne fondent qu'un besoin de surveillance d'ordre général, qui ne saurait être assimilé à la surveillance personnelle permanente (TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 5.2 ; TFA H 148/06 du 7 août 2007 consid. 5.2). En fin de compte, la recourante ne nie pas qu'elle parvient à effectuer seule l'acte en question, ce qui est seul déterminant, même si elle a besoin de beaucoup plus de temps et d'énergie qu'une personne valide pour l'accomplir. Dès lors, les conclusions de l'évaluatrice à ce sujet ne prêtent pas le flanc à la critique. e) Par rapport à l'acte « manger », la recourante n'a formulé de grief qu'au stade de la réplique, évoquant qu'elle ne pouvait même pas se déplacer jusqu'à la cuisine pour se faire une tasse de thé. L'aide requise pour l'acte de manger est déjà importante lorsque l'assuré peut certes manger seul mais n'est pas capable de couper les aliments ou lorsqu'il ne peut porter ceux-ci à la bouche qu'avec les doigts. S'agissant de la fonction partielle de couper les aliments, l'intervention extérieure ne doit pas être requise uniquement de manière intermittente, en cas de nourriture trop dure, car de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours et l'assuré n'a donc pas

besoin de cette aide de façon régulière et importante (TF 8C_314/2022 du 15 décembre 2022 consid. 3.3 in fine et les références ; cf. également ch. 2037 CSI). La nécessité de se faire accompagner pour se rendre à table, ou pour quitter la table, ou d'être aidé pour y prendre place ou pour se lever, n'est pas significative puisqu'elle est déjà prise en considération dans les actes ordinaires de la vie correspondants (se lever, s'asseoir, se coucher et se déplacer ; CSI ch. 2040 et la référence au TF 9C_346/2010 du 6 août 2010 consid. 3). Le rapport d'évaluation ne fait état d'aucun besoin d'aide, pas plus que les questionnaires du CMS. Le besoin d'aide pour se déplacer à la cuisine dont se prévaut la recourante doit être pris en compte dans l'acte ordinaire de la vie « se déplacer », conformément à ce qui précède. Aucun élément au dossier ne permet de jeter le doute sur les constatations de l'évaluatrice à l'égard de cet acte. f) S'agissant de l'acte « faire sa toilette », outre le rapport du Dr N. _____, écarté ci-avant dans ce contexte, la recourante se prévaut du second rapport du CMS, selon lequel elle n'est pas en mesure de se laver seule le dos et les pieds. Elle affirme en outre au stade de la réplique qu'elle doit consacrer plusieurs heures à faire sa toilette, à savoir trois en moyenne, et qu'elle est tombée à plusieurs reprises lors de cette tâche. Aux termes du ch. 2043 CSI, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut effectuer lui-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle (se laver, se peigner, se raser, prendre un bain ou se doucher). Le CMS a indiqué dans ses deux rapports que l'intéressée n'avait pas besoin d'aide pour se doucher ou se baigner, ajoutant dans le second rapport qu'elle avait besoin d'aide pour se laver les pieds et le dos. Outre le caractère ambivalent de cette réponse, elle est contredite par nombre d'autres éléments, ce qui ne permet pas de lui accorder le crédit voulu par la recourante et doit conduire à l'écarter. Tout d'abord, le rapport d'évaluation relève que la recourante gère seule l'acte pour le haut et le bas du corps, qu'elle doit prendre son temps et gérer ses limitations mais souhaite conserver son indépendance. Elle disposait d'une petite marche en plastique pour entrer et sortir seule de sa baignoire, puis utilisait un tabouret avec pieds adhérents en caoutchouc pour faire sa toilette en position assise (cf. ch. 4.1.4 p. 4 du rapport du 18 mars 2021). Ensuite, le rapport de l'Hôpital V. _____ fait état de l'indépendance de la recourante pour la toilette (cf. rapport du 28 octobre 2021, p. 5). En sus, elle n'a pas mentionné un besoin d'aide régulière et importante pour cet acte dans sa demande, ni dans son opposition, comme l'a souligné l'intimée. Dans son complément d'opposition, elle a exposé qu'elle continuait de se laver seule, mais qu'il lui était difficile de se laver notamment les pieds et le dos. Force est de constater qu'elle admet être en mesure d'accomplir l'acte seule. Les développements ci-avant concernant le risque de chute, ainsi que le temps et l'énergie supplémentaires nécessaires pour accomplir un acte, rendu plus difficile en raison d'atteintes à la santé, s'appliquent également dans ce contexte, s'agissant des arguments avancés au stade de la réplique (cf. consid. 8d supra). Le rapport d'évaluation d'impotence ne saurait être critiqué pour cet acte non plus. g) En ce qui concerne l'acte « aller aux toilettes », la recourante a fait valoir dans son complément d'opposition une manière inhabituelle d'accomplir l'acte ainsi qu'une incontinence urinaire nécessitant le port de protections. La recourante ne se prévaut plus de ce grief en procédure judiciaire. A juste titre, vu les pièces au dossier. Le port de protections urinaires ne saurait, en l'espèce, constituer une façon non conforme à la dignité humaine d'accomplir l'acte (cf. ch. 2018 CSI et les exemples et références cités, ainsi que TF 9C_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 5). Le rapport de l'Hôpital V. _____ du 28 octobre 2021 indique de surcroît qu'elle était continent sans protection à sa sortie (cf. p. 4). h) L'intimée a admis le besoin d'aide régulière et importante de la recourante pour l'acte « se

déplacer/entretenir des contacts sociaux » depuis avril 2008. Ce besoin a été pris en compte lors de l'instruction de la troisième demande et ne fait pas débat. L'on précisera à toutes fins utiles que la fonction partielle « établir des contacts » fait bien partie du sixième acte ordinaire de la vie et ne saurait être examinée comme un acte supplémentaire (cf. consid. 4d supra). Quant à la nécessité d'aide pour entretenir des contacts afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes psychiquement handicapées), elle ne doit être prise en compte qu'au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais non de la fonction partielle « entretenir des contacts sociaux » (TF 9C_283/2021 précité consid. 5.2.2 et les références). i) Il faut dès lors constater, avec l'intimée, que la recourante n'a besoin d'une aide régulière et importante que pour un acte ordinaire de la vie, à savoir « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». j) La recourante ne soutient pas, en procédure judiciaire, qu'elle nécessiterait une surveillance personnelle permanente, des soins particulièrement astreignants ou des services considérables et régulier de tiers en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels (au sens de l'art. 37 al. 3 let. b à d RAI). Il suffit à cet égard de renvoyer aux points relevés par l'intimée dans sa décision sur opposition (p. 4) et par l'évaluatrice dans son complément du 6 octobre 2021 (p. 4), ainsi qu'à la lettre d ci-dessus s'agissant du risque de chute et aux ch. 2058, 2060, 2075 et 2076 CSI. Elle prétend en revanche, du moins en substance, avoir besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (art. 37 al. 3 let. e et 38 RAI). Elle évoque en effet l'aide quotidienne de son époux. Comme expliqué ci-avant, l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie n'est pas pris en considération pour les assurés bénéficiaires d'une rente vieillesse de l'AVS (cf. consid. 5 supra). Un tel besoin n'a pas été reconnu à la recourante avant qu'elle n'atteigne l'âge ordinaire de la retraite et elle n'a élevé aucun argument en ce sens. Elle ne saurait ainsi prétendre à une allocation pour impotent sur cette base, comme l'a exposé l'intimée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner son besoin d'aide pour structurer sa journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (comme des problèmes de voisinage, des questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, des activités administratives simples), pour la tenue de son ménage, pour quitter son domicile afin d'effectuer certaines activités ou se rendre à des rendez-vous nécessaires, tels les achats, loisirs ou contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le salon de coiffure. Il en va de même de l'accompagnement en prévention du risque d'isolement durable et de la perte de contacts sociaux (TF 9C_131/2019 du 16 août 2019 consid. 4.1 ; TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1 et les références). k) Ainsi, l'appréciation de l'intimée, selon laquelle la recourante ne présente pas une impotence lui ouvrant le droit à une allocation doit en l'état être confirmée. Cela étant, on signalera à toutes fins utiles que si sa situation devait s'aggraver, notamment eu égard à sa dernière hospitalisation (potentiellement en lien avec une intervention chirurgicale, le rapport du Centre hospitalier W. _____ produit étant toutefois quasiment illisible), elle serait en mesure de déposer une nouvelle demande d'allocation pour impotent. Cette remarque est également applicable à l'argument selon lequel ses conditions de vie au moment du recours n'étaient plus celles qui prévalaient à sa sortie de l'Hôpital V. _____. En effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 précité consid. 4.3.1 ; TF 8C_239/2020 consid. 7.2.1).

E. 9

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

E. 10

a) Au vu de ce qui précède, la situation de la recourante ne lui ouvre pas le droit à une allocation pour impotent de l'AVS. L'intimée était ainsi fondée à rendre sa décision de refus et il s'ensuit que le recours doit être rejeté. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la loi spéciale ne le prévoyant pas (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.