

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 106 vom 23. Februar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__106

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 106 du 23 février 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 106 del 23 febbraio 2024

Regeste

MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, ALLOCATION POUR IMPOTENT, ACCOMPAGNEMENT POUR FAIRE FACE AUX NÉCESSITÉS DE LA VIE | 42 LAI, 17 LPGGA, 9 LPGGA, 37 RAI, 38 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 106

MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, ALLOCATION POUR IMPOTENT, ACCOMPAGNEMENT POUR FAIRE FACE AUX NÉCESSITÉS DE LA VIE | 42 LAI, 17 LPGGA, 9 LPGGA, 37 RAI, 38 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 63/23 - 67/2024 ZD23.008453 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 23 février

2024 _____ Composition : M. Wiedler , président Mme Röthenbacher et M. Neu, juges Greffière : Mme _____ Monod ***** Cause pendante entre : B. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

_____ Art. 9 et 17 LPGGA ; art. 42 LAI ; art. 37 et 38 RAI. E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, divorcée et mère de deux enfants désormais adultes, a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande du 25 janvier 1985. Elle a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1 er janvier 1984, suivie d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 80 %, dès le 1 er septembre 1984 par décisions des 30 avril et 26 mai 1986. La prestation précitée, révisée d'office à réitérées reprises, a été systématiquement maintenue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé ; cf. en dernier lieu : communication de l'OAI du 24 novembre 2014). B. B. _____ a requis une allocation pour impotent auprès de l'OAI le 13 mars 2018, indiquant avoir besoin d'aide pour accomplir l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » depuis juin 2014 et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis octobre 2016 en raison de problèmes cardiaques, d'une artériosclérose généralisée après multiples pontages et de troubles dégénératifs. Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée. La Dre D. _____, médecin généraliste, a relaté, le 20 avril 2018, que l'état de santé de sa patiente allait s'aggraver. Elle a fait état des diagnostics et limitations fonctionnelles suivants : · Artériopathie des membres inférieurs depuis 2009, avec pontage aorto-bifémoral le 14 juillet 2011, pose de deux stents dans les artères iliaques communes en 2009, puis de deux stents supplémentaires en 2010 et athérome non sténosant des bulbes carotidiens ; l'assurée rencontrait des difficultés à la marche avec une limitation du périmètre à 100 mètres avant l'apparition de douleurs trop importantes. · Cardiopathie ischémique avec

maladie coronarienne monotronculaire depuis 2005, pose d'un stent nu en 2005, thrombose intra-stent traitée par stent actif en 2005, occlusion intra-stent revascularisée en 2006 et lésion de 50-60 % de l'aorte interventriculaire antérieure moyenne ; l'assurée présentait une fatigabilité et une intolérance à l'effort. · Syndrome abdominal chronique depuis 1982, avec status post quatorze interventions chirurgicales et troubles de la cicatrisation de la paroi abdominale ; l'assurée présentait des douleurs, un manque d'appétit et des nausées ; elle ne préparait pas ses repas. · Lombo-cruralgie droite et lombosciatalgies droites sur arthrose inter-apophysaire post lombaire L5 à S1 et discopathie L4 à S1, de longue date, entraînant des douleurs et nécessitant une polymédication avec effets secondaires (sommolence). · Dermatose perforante, entraînant des douleurs et une gêne esthétique. · Syndrome d'obstruction de la défécation, avec rectocèle de 3 cm, grande entérocele, hémorroïdes de stade II circonférentiels et fissure anale chronique, entraînant des difficultés à aller à selle. · Dilatation pyélique droite depuis 2010, avec sténose congénitale, douleurs de la loge rénale droite post-mictionnelles et pose d'une sonde double en septembre 2010. La Dre D. _____ a annexé les différents rapports corroborant ses explications, établis par différents services du Centre hospitalier C. _____ (cf. rapports du Service de chirurgie viscérale des 5, 14 mars 2016 et 14 juin 2017, ainsi que du Service d'angiologie du 7 décembre 2017). Elle a mentionné, au titre de difficultés rencontrées au quotidien par sa patiente, des douleurs chroniques multifactorielles limitant grandement le champ d'activités, entraînant un besoin d'accompagnement pour les courses, la marche, la lessive et le ménage. La polymédication engendrait de nombreux effets secondaires. L'assurée présentait un risque d'isolement durable, en lien, d'une part, avec ses problèmes de santé physique et, d'autre part, avec la rareté des contacts familiaux. Par rapport du 24 avril 2018, le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité (F61.0) depuis l'enfance, lequel entraînait des difficultés à prendre conscience de ses besoins, à les exprimer et les faire respecter. Il relevait que l'assurée présentait des difficultés relationnelles d'ordre général, en raison d'une très grande peur de déranger autrui ; elle subordonnait dès lors ses besoins à ceux d'autrui. Elle se sentait souvent incomprise, pas intégrée, coupée des autres et requérait l'assistance d'une tierce personne pour l'aider à prendre conscience de ses besoins et à les exprimer de manière adéquate. Il mentionnait un projet de transfert en appartement protégé, sans date précisément arrêtée. Dans un complément du 29 janvier 2019, la Dre D. _____ a signalé à l'OAI que l'assurée avait subi une révision du carrefour fémoral gauche avec plastic d'élargissement au Centre hospitalier C. _____ le 10 décembre 2018, dont le rapport de séjour du 9 janvier 2019 était joint en annexe. L'intervention s'était bien déroulée et avait diminué les douleurs de la jambe gauche. Cela étant, l'état général ne s'en ressentait que peu vu les multiples autres pathologies de l'assurée. La Dre D. _____ réitérait que sa patiente nécessitait un accompagnement quotidien pour les courses, le ménage, la lessive et la marche. L'OAI a mis en œuvre une enquête sur l'impotence au domicile de l'assurée le 11 mars 2019. Aux termes du rapport correspondant du 15 mars 2019, l'enquêtrice de l'OAI a fait état des observations préalables suivantes : « [...En 2014], les besoins d'aide avaient alors augmenté en lien avec un double pontage de l'aorte bifémorale qui s'est compliqué par de multiples problèmes de cicatrisation et réouverture de la cicatrice abdominale qui s'était surinfectée. L'intéressée a dû alors être opérée à trois reprises. En mai 2014, elle développe une hernie abdominale qui doit être opérée. Elle développe alors une hémorragie provoquant un hématome interne qui ne s'est jamais résorbé et provoque une gêne et des douleurs. À nouveau, la cicatrice se rouvre et elle doit être réopérée en février 2016. Durant

toute cette période, l'assurée est très limitée par les douleurs dans ses déplacements et sa mobilisation. La cicatrisation se passe alors mieux. L'assurée garde depuis une poche de rétention fécale qu'elle doit vider manuellement. En fin 2017, elle développe en plus de ses douleurs abdominales constantes, des douleurs de plus en plus importantes dans les jambes. Ses douleurs empêchent l'assurée de marcher et la réveillent pendant la nuit. En mars 2018, l'assurée dépose une demande d'allocation pour impotence, car elle ne peut plus se déplacer. En octobre 2018, elle effectue un contrôle angiologique des membres inférieurs qui met en évidence une absence de circulation sanguine dans la jambe gauche. En décembre 2018, elle subit un nouveau pontage bifémoral gauche. Depuis l'intervention, l'assurée n'a pas remarqué d'amélioration de sa situation. De plus, lors de l'intervention, le nerf pubien a été lésé ce qui provoque depuis des douleurs irradiant de la jambe gauche jusqu'à l'arrière du plancher pelvien. L'assurée bénéficie de l'aide du CMS [réd. : Centre médico-social] depuis 2014 pour les courses, le ménage, un suivi social et infirmier ainsi qu'une aide pour les déplacements extérieurs. En 2018, des tests sont effectués à la consultation de la mémoire [...]. Ces derniers objectivent une perte de mémoire due aux différents narcoses et traitements. De plus, suite à de nouvelles douleurs abdominales survenues depuis quelques semaines, l'assurée effectue une nouvelle consultation en gastro-entérologie. Les examens, effectués il y a une semaine, mettent en évidence la présence d'une nouvelle hernie abdominale. [...]

Limitations fonctionnelles selon l'assuré(e) et/ou son entourage : Physique : Douleurs abdominales constantes qui augmentent lors du maintien de la position assise, à l'effort, à la marche ou si l'assurée doit aller aux toilettes. Diminution de la force dans les membres inférieurs. Douleurs dorsales constantes malgré l'utilisation de Tramal, difficulté à maintenir les bras en dessus de la tête, port de charge limité à 1-2 kg. Fatigue, manque de résistance à l'effort. Périmètre de marche limité entre 10 et 20 minutes selon les jours, monter/descendre les escaliers reste limité à quelques marches avec appui, impossibilité de prendre les transports publics en lien avec risque de chute et les douleurs ressenties lors des vibrations (dorsales et abdominales). Psychique : L'assurée présente une difficulté à identifier et exprimer et donc gérer ses émotions, oublis fréquents, difficulté à initier les tâches complexes notamment administratives, manque de confiance en soi, besoin d'être rassurée, difficulté de concentration, angoisse, capacité d'adaptation et gestion de l'imprévu limitée, banalisation de son état de santé, angoisse du changement, sentiment d'insécurité à domicile, repli sur soi provoqué par une perte de confiance dans ses capacités. [...] » L'enquêtrice de l'OAI n'a retenu aucun besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, faute de régularité et d'importance de l'assistance éventuelle. Elle a néanmoins relevé les éléments suivants en lien avec la réalisation de l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » : « [...] 4.1.6 Se déplacer - dans l'appartement L'assurée se déplace seule dans son appartement. - à l'extérieur Dans le formulaire de demande API [réd. : allocation pour impotent], le besoin d'aide est signalé depuis juin 2014 en lien avec les douleurs et le périmètre de marche limité qui l'empêche de prendre les transports publics. Lors de l'entretien, il est précisé que l'assurée sort seule pour aller promener son chien 2x/jour, mais uniquement autour de l'immeuble pendant 10 à 20 minutes selon les jours. Elle peut effectuer les escaliers avec l'aide d'une rampe pour monter un étage. Elle ne peut pas prendre les transports publics en lien avec les douleurs ressenties par les vibrations ainsi que le risque de chute. Ainsi, elle doit avoir recours à un taxi ou être accompagnée pour se rendre aux courses ou à ses rendez-vous médicaux. Le besoin d'aide n'étant pas régulier et important, il a été pris en compte dans l'accompagnement . [...] » S'agissant de

l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, elle a pris en compte ce qui suit : « [...] La personne assurée a-t-elle régulièrement besoin, en raison de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie ? Depuis quand et sous quelle forme ? Genre d'aide (description précise) Nombre d'heures par semaine ?

L'assurée a besoin d'un accompagnement pour : Vivre de manière indépendante : Temps : environ 2h10/semaine. Favoriser les activités et les contacts extérieurs : Temps : environ 1h40/semaine . L'assurée vit seule à domicile. Les limitations psychiques existent certainement depuis de très nombreuses années, mais l'assurée est parvenue à faire face à son quotidien selon ses propres critères jusqu'en 2014. Néanmoins, il est probable que le besoin d'accompagnement notamment dans la gestion de son quotidien et de sa santé existait auparavant puisque l'on peut constater que depuis l'introduction du CMS (2014), les complications postopératoires ont pu être réduites. Néanmoins, l'assurée effectuant alors seule son ménage et ses déplacements extérieurs, cette aide n'atteignait pas les deux heures par semaine. En 2014, suite aux multiples interventions chirurgicales subies en 2013-2014, les douleurs abdominales augmentent et limitent de plus en plus sa mobilisation. De plus, l'artériopathie des membres inférieurs ayant aussi progressé, les douleurs dans ces derniers deviennent constantes, limitant son périmètre de marche. La situation devient de plus en plus difficile pour l'assurée. Le besoin d'accompagnement est d'ailleurs signalé dans le formulaire de rente rempli en mars 2014 (GED 20.3.2014). Le CMS a débuté ses interventions auprès de l'assurée en avril 2014 à la demande du Centre hospitalier C._____, suite à une nouvelle intervention abdominale (hernie). Ainsi depuis 2014, le besoin d'accompagnement dépasse les 2 heures/semaine en lien avec la nécessité d'une aide pour les courses, le ménage, certains rendez-vous sortant du cadre rituel ainsi que les démarches administratives plus complexes. L'accompagnement peut donc être retenu depuis mars 2014, date du formulaire de révision dans lequel il a été mentionné pour la première fois.

4.2.1 Prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante

Genre d'aide (description précise) Nombre d'heures par semaine ? L'assurée assume seule l'organisation et la structuration de la journée pour autant que cela reste dans un cadre ritualisé. Un besoin d'aide est décrit pour la gestion des imprévus ainsi que faire face à ses émotions qui peuvent la submerger et qu'elle ne peut identifier. Elle demande alors de l'aide au CMS ou à son fils. De même, l'assurée peut assumer seule la gestion de ses soins courants et de son état de santé lorsque ce dernier reste stable. Pour les situations d'urgence ou les aggravations de son état de santé, l'assurée banalisant trop son état de santé, elle se met en danger en ne réagissant pas assez vite en cas d'urgence. Elle doit être régulièrement stimulée dans ses démarches et ses prises de rendez-vous. Ceci en lien avec le cumul des limitations psychiques. Un contrôle et des rappels sont effectués par le service de soins à domicile lors de leur passage (3x/semaine). Temps : environ 30 minutes/semaine. L'assurée assume les travaux légers de nettoyage (rangements, poussière à hauteur, entretien quotidien). Le CMS intervient 1x/semaine pour le nettoyage des sols et des sanitaires. Les gros nettoyages ainsi que l'entretien des vitres ne sont pour l'instant pas effectués, car ils sortent de la mission du CMS et ne peuvent être effectués par l'assurée. Ceci en lien avec les douleurs principalement abdominales et dorsales de l'assurée qui la restreignent dans sa mobilité, son endurance et son port de charge. La lessive est effectuée par le CMS, car les machines se trouvent à la cave (pas d'ascenseur) et l'assurée ne peut transporter le linge dans les escaliers. Cette dernière se charge ensuite de le plier et le ranger en fractionnant ses efforts. Temps : Ménage : environ 1h30/semaine. Lessive : environ 30 minutes/semaine. L'assurée assume seule sa gestion courante, mais a besoin d'être stimulée dans les

démarches. Elle doit être accompagnée dans les démarches plus complexes et extraordinaires (recherche d'appartement protégé, remboursement des frais par l'assurance maladie ou les PC [réd. : prestations complémentaires]). Temps : environ 10 minutes/semaine Les repas ainsi que l'entretien quotidien de la vaisselle et de la cuisine sont effectués par l'assurée en fractionnant ses efforts. L'assurée vivant seule, il n'y a pas d'aide exigible de la part de l'entourage. Total temps : environ 2h10/semaine. 4.2.2

Accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile Genre d'aide (description précise) Nombre d'heures par semaine ? Cf. point 4.1.6 L'assurée doit être accompagnée et stimulée pour se rendre en courses. En lien avec la péjoration de son état de santé au fil des ans ainsi que les douleurs provoquées par la marche, elle a perdu confiance dans ses capacités. Une fois par semaine, le personnel du CMS doit la stimuler puis l'accompagner en course. Une aide dans la manutention des provisions et le déplacement doit ensuite être apportée en lien avec le cumul des limitations physiques. Elle profite alors de cette sortie pour se rendre à la poste ou à la banque. Temps : environ 1h30/semaine. L'assurée se rend seule en taxi à ses rendez-vous médicaux lorsqu'elle connaît les interlocuteurs et les locaux. Lorsqu'elle doit se rendre dans des lieux inconnus, ou pour des rendez officiels, elle est alors accompagnée d'une personne du CMS en lien avec les angoisses provoquées par l'inconnu et la difficulté à identifier ses émotions. Temps : environ 10 minutes/semaines. Total : environ 1h40/semaine. [...] » En définitive, l'enquêtrice de l'OAI a retenu un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie totalisant 3 heures et 50 minutes depuis mars 2014. Par décision du 21 mai 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1 er mars 2017, compte tenu de la tardiveté de sa demande de prestations. C. B. _____ a sollicité la révision de son droit à une allocation pour impotent par formulaire officiel déposé auprès de l'OAI le 7 avril 2022. Elle signalait avoir de plus en plus de difficultés à accomplir les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher » et avoir besoin d'aide depuis 2014 pour « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Elle relatait devoir rester beaucoup couchée en raison de lombalgies depuis environ cinq ou six mois et avoir besoin, depuis 2019, d'un accompagnement pour faire aux nécessités de la vie, à savoir une aide au ménage et aux courses, pour établir des contacts sociaux et éviter un isolement. Elle résidait désormais en appartement protégé. Le Dr I. _____ a complété un rapport à la demande de l'OAI le 12 juillet 2022, relatant que sa patiente avait désormais besoin d'aide pour réaliser les actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » depuis janvier 2022, en sus d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il précisait, au titre de nouvelles limitations fonctionnelles depuis janvier 2022, que l'assurée présentait une augmentation de ses difficultés dans la mobilisation et requérait une chaise roulante, en raison de douleurs itératives, péjorées par une chute et une fracture. Demeurait une limitation du périmètre de marche en raison de l'artériopathie, l'assurée nécessitant une chaise roulante pour poursuivre ses déplacements après 5-8 minutes de marche. L'OAI a diligenté une nouvelle enquête sur l'impotence au domicile de l'assurée le 5 septembre 2022, dont le rapport a été rédigé le 16 septembre 2022. L'enquêtrice a notamment fait état des informations préalables suivantes : « [...] L'assurée vit dans un appartement protégé à [...], depuis mars 2021. Le bail est à son nom [...]. L'établissement ne garantit pas une présence 24h sur 24 ; la montre sonnette, en cas de chute, est dirigée vers un sécuritas ou la famille de l'assurée [...]. Les repas ne sont pas inclus, l'assurée peut réserver le matin pour aller manger au restaurant de l'établissement ou pour aller chercher une barquette (16.- CHF/repas). Elle prépare la majorité de ses repas

dans l'appartement. L'assurée est autonome pour le choix de sa routine et les services. Le nettoyage est assuré par le CMS ainsi que les achats et la lessive, au choix de l'assurée. En 6 mois, l'établissement a fait une visite à l'assurée pour s'assurer qu'elle allait bien. Dans le contrat de loyer les prestations suivantes sont détaillées comme payées en plus : les repas, les services dans un des locaux communautaires ; les frais de participation à des animations organisées des partenaires ; prestation de l'aide et de soins à domicile. [...] 2.1 Éléments nouveaux concernant l'atteinte à la santé : L'assurée est au bénéfice d'une API faible depuis 2018 [recte : 2017]. Elle a demandé une révision pour aggravation de la situation. L'assurée indique que les douleurs sont généralisées, en péjoration et présentes au long de la journée. A la fin 2021, elle a fait une fracture de 5^{ème} orteil G [réd. : gauche] et le changement de position lors de la marche a péjoré la douleur lombaire, celle-ci partant de la région lombaire droite et irradiant sur le pubis. Les douleurs lombaires sont suivies depuis le début 2022 par la Clinique [...] (envoyée par le service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____). L'assurée dit que le médecin lui a dit « qu'elle souffre d'une fibromyalgie ». L'antalgie est faite actuellement par un patch de Fentanyl 50 mg et du Tramal en réserve. Elle bénéficie des séances de physiothérapie et de l'ergothérapie à la clinique. L'assurée dit que les douleurs abdominales sont journalières depuis des années et que ses intestins sont descendus dans la région pelvienne à cause des multiples opérations. En plus, son artère iliaque droite est « bouchée » mais une opération n'est plus indiquée. Les douleurs au MID [réd. : membre inférieur droit] sont majorées par cette problématique. Depuis ces événements, l'assurée a une diminution de sa capacité pour des déplacements, utilisant un fauteuil roulant depuis mars 2022 lors des déplacements à l'extérieur, de plus de 15 minutes. Récemment, lors d'un contrôle chez le médecin traitant, la valeur de la glycémie était perturbée. L'assurée explique devoir refaire un contrôle dans un mois, pour évaluer si les valeurs sont toujours altérées et si un traitement pour le diabète doit être introduit. L'assurée dit avoir déménagé sur un appartement protégé en mars 2022 [recte : 2021] à [...] pour se rapprocher de ses enfants, mais elle regrette, ils ne viennent [pas] lui rendre visite très souvent et le bâtiment est au centre-ville. [...] » L'enquêtrice de l'OAI a considéré que l'assurée était autonome pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, hormis pour « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes » étaient entrepris dans la même mesure que lors de la précédente évaluation de l'impotence. La situation s'était péjorée depuis dite évaluation eu égard aux déplacements à l'extérieur, pour lesquels une assistance était prodiguée par H._____. Elle a retenu les éléments suivants, dès le mois de janvier 2022 : « [...] 4.1.6 [...] L'assurée sort seule à l'extérieur 1x/jour pour promener son chien, autour de l'immeuble, n'étant plus capable de sortir 2x/jour comme auparavant. Quand les douleurs sont plus fortes et pendant la période [où] elle avait la fracture au pied G, le concierge de l'immeuble promenait le chien. Depuis janvier 2022, l'assurée utilise un FR [réd. : fauteuil roulant] pour les déplacements à l'extérieur. Ce MOY [réd. : moyen auxiliaire] avait été introduit depuis une fracture du pied G qui a péjoré ses lombalgies. Depuis, elle utilise le FR comme tintébin au début du déplacement, s'asseyant après 15 minutes de marche. Le tintébin avec siège avait été proposé par l'ergothérapeute, mais l'assurée ne voulait pas utiliser un MOY associé aux personnes âgées. L'assurée confirme pouvoir franchir des petits escaliers (de 3 marches environ). La majorité des endroits qu'elle fréquente sont adaptés aux personnes de mobilité réduite. Tous les déplacements aux rendez-vous médicaux et thérapies sont faits avec le taxi du H._____, l'assurée ne pouvant pas utiliser les transports publics avec le FR. L'assurée ne sort plus

faire ses achats, même accompagnée avec le CMS. Les soignants du CMS n'ont pas de voiture adaptée pour les FR et la diminution de capacité de mobilité par l'assurée demande un temps de prestation augmenté. Nous retenons un besoin d'aide pour les déplacements à l'extérieur depuis janvier 2022, moment [où] l'assurée a commencé à utiliser le FR. [...] »

Eu égard à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'enquêtrice de l'OAI a rapporté que l'assurée avait développé ses capacités d'autonomie depuis la dernière évaluation, vivant seule dans un appartement protégé à partir de mars 2021. Elle s'était adaptée à ses limitations, tandis qu'une institutionnalisation n'apparaissait pas nécessaire sans l'aide du CMS et de son fils. Au surplus, l'enquêtrice a libellé ses constats en ces termes : « [...] L'assurée est autonome pour la gestion de la journée. Elle se réveille généralement tôt et démarre la journée sans stimulation. Elle consulte son calendrier pour savoir à quelle heure sont les rendez-vous, se prépare et promène son chien. L'assurée prend seule ses rendez-vous et peut les annuler en cas d'imprévu. Elle explique avoir manqué quelques rendez-vous à cause des douleurs et non pour les avoir oubliés. Elle prend les rendez-vous et organise seule le transport. Elle connaît ses horaires et a un rythme jour/nuit correct. En cas d'urgence, elle sait appeler le 144. Elle connaît le passage hebdomadaire du CMS pour l'aide au ménage, peut appeler pour demander des renseignements ou de l'aide (a demandé récemment le tabouret de douche). A savoir que depuis la dernière évaluation, l'assurée n'a plus de suivi par une infirmière (3x/semaine lors de la dernière évaluation). L'assurée gère sa prise de traitement (changement de patch antalgique aux 72 heures par exemple), sait prendre les réserves d'antalgie sans consignes et fait la commande de médicaments à la pharmacie, qui fait la livraison. L'assurée est autonome pour certaines démarches administratives, comme faire ses impôts. Pour les achats, l'assurée fait une liste en regardant les produits sur le site (promotions). Elle indique ne pas vouloir faire les achats par internet, préférant que les aliments soient choisis par le CMS (elle serait capable de le faire). Elle fait les achats d'habits par catalogue. Elle fait une gestion autonome de son argent au long du mois. L'assurée prépare tous ses repas, faisant des repas simples et rapides. Les jours [où] elle a des douleurs et ne se sent pas capable de faire à manger, elle chauffe un repas déjà préparé (elle estime utiliser des repas préparés 2x/semaine). L'assurée fait le nettoyage des surfaces, de la salle de bains et de la cuisine en fractionnant ses efforts. Jusqu'à l'été 2021, l'assurée était autonome pour faire la lessive dans la buanderie de l'établissement. Comme l'utilisation de la buanderie était restreinte au vendredi après-midi, l'assurée avait du retard sur sa lessive, quand les douleurs étaient présentes lors de la période de l'utilisation de la buanderie. De plus, la buanderie a les machines posées par terre, ce que ne facilite pas l'accès avec l'atteinte lombaire de l'assurée. Le fils de l'assurée vient 1x/mois pour l'aider à faire les paiements, depuis le changement des factures et pour aller au bancomat. L'assurée apprend à faire de manière autonome les paiements par téléphone, mais ne se sent pas encore capable de le faire seule. L'AS [réd. : assistant social] du CMS apporte une aide sporadique pour les démarches liées à l'AI et aux PC. L'assurée aimerait continuer à être accompagnée pour faire ses achats, mais le CMS dit que ce n'est pas possible à cause de la limitation pour les déplacements. Le CMS va 1x/semaine [...]. Le CMS a fait une évaluation pour établir les besoins d'aide au ménage et vient 1x/semaine faire le nettoyage des sols et aider l'assurée à changer les draps du lit. Sporadiquement, l'aide familiale du CMS aide pour le nettoyage des vitres. Depuis l'été 2021, elle paye le service de lessive du CMS 1x/semaine, mais pour une raison logistique et non pour incapacité de le faire. [...] En comparaison à l'évaluation en 2019, l'assurée a fait des progrès et n'a plus besoin d'accompagnement aux rendez-vous. Cette année, elle a eu

un nouveau rendez-vous à la Clinique [...] et elle a pu s'y rendre seule avec le H._____ . » Enfin, l'enquêtrice a conclu son rapport comme suit : « L'évaluation a eu lieu à domicile avec l'assurée. Elle explique avoir insisté avec l'assistante sociale du CMS pour demander une révision de l'API à cause de l'utilisation du FR depuis janvier 2022. L'assistante sociale ne voulait pas faire la demande parce qu'elle ne voyait pas une aggravation de la situation ni une augmentation du besoin d'aide. L'assurée indique avoir besoin d'un revenu supplémentaire et que c'est pour ce motif qu'elle pensait qu'une nouvelle évaluation ouvrirait le droit à une API moyenne. Nous avons obtenu une copie du bail de location (cf. GED). Nous avons contacté l'ergothérapeute du CMS, référente de l'assurée. Elle explique que l'assurée n'a plus un accompagnement pour les achats à cause de la diminution de capacité de mobilisation et que le CMS n'a pas un véhicule pour transporter un FR. Elle nous confirme que le CMS apporte une aide hebdomadaire d'1h15 pour le ménage. La buanderie du CMS facture entre 2-3 heures/semaine pour la lessive et le repassage, que l'assurée a démontré être capable de faire seule. Depuis le déménagement dans l'appartement protégé, en mars 2021, l'assurée a pu mettre en pratique ses capacités et s'est adaptée à ses limitations, n'ayant plus besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. En comparaison à l'évaluation de 2019, l'assurée peut actuellement organiser sa journée et sa semaine de manière autonome. Elle gère ses achats, les repas, la majorité du nettoyage, les médicaments, son courrier, ses rendez-vous et l'organisation du transport. L'aide pour les tâches administratives reste ponctuelle de la part du CMS et son fils fait un enseignement sur le paiement des factures sur internet. Bien que son médecin ait décrit l'état de santé en aggravation, il indique que l'aggravation [provient] d'une incapacité de se déplacer et du besoin d'un fauteuil roulant, ce que nous prenons en compte en retenant le point 4.1.6. » Par communication du 4 novembre 2022, l'OAI a remis en prêt à l'assurée un fauteuil roulant manuel. Le 17 novembre 2022, l'OAI a établi un projet de décision, informant l'assurée de son intention de supprimer le versement de l'allocation pour impotent, étant donné qu'elle ne présentait un besoin d'aide que pour un seul acte ordinaire de la vie et ne requérait plus un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie d'au moins deux heures par semaine. L'assurée a contesté ce projet par correspondance du 28 novembre 2022, exposant que son besoin d'aide était demeuré inchangé. Elle soulignait avoir besoin d'aide pour l'accomplissement de l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » pris en compte par l'OAI, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (courses, lessive et entretien du logement) totalisant 270 minutes par semaine. Elle concluait, de facto, à l'annulation du projet de décision contesté et au maintien du versement d'une allocation pour impotent de degré faible. Par rapport à l'OAI du 10 janvier 2023, le Dr I._____ a fait savoir qu'il considérait que sa patiente présentait un « degré d'impotence moyenne », confirmant un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il a justifié son appréciation en faisant état notamment des éléments suivants et annexant les rapports de ses confrères somaticiens : « [...] Diagnostics médicaux : · Troubles mixtes de la personnalité (F61.0) · Cardiopathie ischémique avec maladie coronarienne monotronculaire · Implantation de stent nu [...] le 24 03 2005 · Status post appendicectomie · Status post hystérectomie et ovariectomie droite en 1992 · Artériopathie des membres inférieurs stade IIB · Status post pose 2 stents artères iliaques bilatérales en mars 2010 · Status post [pose] 2 stents artères iliaques communes, compliquée d'une dissection focale couverte par des stents au niveau de la paroi distale diagnostiquée en 2008 · Status post pontage aorto-bifémoral en 2011 · Ostéoporose avec complication · Lombo-cruralgie D [réd : droite] et lombosciatalgie D · Arthrose interapophysaire

postérieure lombaire L5 a S1 · Discopathie L4 à S1 avec inflammation interépineuse · Status post fracture du coccyx · Spina bifida S1 · Hypertension artérielle · Hyperlipidémie · Surcharge pondérale · Tabagisme chronique actif (50 UPA) · SAOS [réd. : syndrome d'apnées du sommeil] sévère appareillé le 04 07 12 · Désensibilisation à l'aspirine (10 2011), allergie à l'iode, à la pénicilline · Douleurs abdominales chroniques et obstructed defecation syndrom · Descente pelvienne importante, non opérable · Pullulation bactérienne chronique du grêle · Carence chronique en vitamine B12 et B1 due à la pullulation bactérienne · Involution graisseuse du pancréas découlant de la pullulation bactérienne, avec stéatose hépatique d'accompagnement Il s'agit d'une patiente que je suis depuis le 18 novembre 2014. À noter qu'elle a toujours communiqué les examens de soins de mes confrères somaticiens depuis le début du suivi. J'ai de plus régulièrement collaboré avec ces derniers et ils m'ont régulièrement fait suivre le rapport de consultation. Il en va de même pour le CMS pour lequel j'ai participé à la mise en place et au maintien de la collaboration actuelle. D'après les rapports obtenus auprès du CMS, la patiente bénéficie de l'aide suivante : · Aide pour effectuer les commissions : 75 minutes par semaine · aide pour entretenir le linge : 120 minutes par semaine · pour entretenir le logement : 75 minutes par semaine Cela représente donc un total de 270 minutes par semaine. A ceci s'ajoute le fait que Madame doit maintenant financer de ses propres moyens quelqu'un pour effectuer la promenade de son chien 2x20 min/jour, soit 240 minutes par semaine. En effet, outre les symptômes que je décris plus bas, la patiente rapporte des symptômes d'angine de poitrine qui surviennent à la marche, et à l'effort, ceci malgré la présence de sa chaise roulante. Pour justifier ce qui précède, vous trouverez en pièce jointe un rapport qui décrit un problème d'artériopathie, un status après des pontages artériels fémoraux. De plus il existe un problème rachidien avec un syndrome irritatif qui n'est pas opérable. L'ensemble de ces facteurs, en conjonction avec les autres aspects de sa santé (voir la liste des diagnostics médicaux) justifient ce qui précède [...]. » Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a estimé, le 24 janvier 2023, ne pas disposer d'avis médicaux impliquant d'écarter les conclusions du rapport d'enquête sur l'impotence du 15 septembre 2022. Par décision du 25 janvier 2023, l'OAI a supprimé l'allocation pour impotent de degré faible servie à l'assurée, avec effet le premier jour du deuxième mois suivant la notification (à savoir dès le 1^{er} mars 2023). D. B. _____, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 27 février 2023. Elle a conclu, principalement, à sa réforme en ce sens que lui soit octroyée une allocation pour impotent de degré moyen dès avril 2022 et, subsidiairement, à son annulation et à la poursuite du versement d'une allocation pour impotent de degré faible, voire au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle s'est prévaluée des rapports médicaux produits au stade de la procédure d'audition, ainsi que de rapports du Service de gastro-entérologie et d'hépatologie du Centre hospitalier C. _____ des 29 septembre et 3 novembre 2022 et d'un rapport de contrôle du Dr G. _____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, du 8 novembre 2022. Par pli subséquent du 1^{er} mars 2023, l'assurée a produit une attestation du 21 décembre 2022, rédigée par le CMS [...], lequel confirmait un besoin d'aide hebdomadaire pour l'entretien du logement, la lessive et les courses depuis mars 2021. Le 21 mars 2023, l'assurée a fait parvenir un rapport de la Dre D. _____ du 13 mars 2023, établi sur questions de son mandataire. Cette praticienne faisait état d'une aide régulière et importante d'autrui pour réaliser les actes « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », ainsi que d'un besoin d'accompagnement pour

faire face aux nécessités de la vie. Elle relevait également un besoin de soins particulièrement astreignants. L'assurée a adressé un nouveau rapport du Dr I. _____ du 1^{er} avril 2023, à la suite de questions formulées par son mandataire, aux termes d'une correspondance du 14 avril 2023. Le psychiatre traitant confirmait le besoin d'aide d'autrui de sa patiente pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. S'agissant de la réalisation des actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « aller aux toilettes », il observait que « la dégradation lente et continue de l'état de santé nécessi[tait] des évaluations périodiques de l'adaptation du domicile, ainsi que des capacités de mobilité » par l'ergothérapeute du CMS. Il relevait que l'accomplissement de l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » justifiait l'intervention du CMS à hauteur de 75 minutes par semaine pour effectuer les courses. Il mentionnait également l'assistance du CMS à hauteur de 120 minutes par semaine, respectivement 75 minutes par semaine, pour l'entretien du linge au titre de l'acte « se vêtir/se dévêtir » et pour la propreté du logement au titre de l'acte « faire sa toilette ». Il rappelait que l'assurée avait besoin d'une aide régulière et importante pour évaluer et formuler ses besoins, prodiguée par le CMS, ainsi que pour assurer la promenade de son chien, confiée à des tiers en raison de la réduction de sa mobilité, malgré l'octroi d'un fauteuil roulant. L'OAI a répondu au recours le 18 avril 2023 et conclu à son rejet. Les arguments soulevés par l'assurée, de même que les pièces produites à l'appui de son recours, ne permettaient pas de modifier sa position. L'OAI observait que l'aide alléguée pour l'entretien du logement, la lessive et les courses n'était pas étayée sur le plan médical, ni par le Dr I. _____, ni par la Dre D. _____. En particulier, les éléments rapportés par le Dr I. _____ n'avaient pas trait à des limitations d'ordre psychiatrique et n'étaient pas corroborés par des médecins somaticiens. Par ailleurs, d'éventuels faits nouveaux, postérieurs à la décision querellée, n'avaient pas lieu d'être pris en considération. L'assurée a répliqué le 23 mai 2023 et maintenu ses conclusions. Elle relevait, dans un premier temps, qu'aucune amélioration significative de son état de santé ne pouvait justifier la suppression de l'allocation pour impotent, alors que les pièces médicales versées à son dossier attestaient d'une dégradation constante de son état de santé. En second lieu, le besoin d'aide pour la réalisation des actes ordinaires de la vie et d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie était confirmé tant par son psychiatre traitant que par sa médecin généraliste, en sus d'être attesté par le CMS. L'assurée estimait qu'en cas de doute, il convenait de mettre en œuvre une évaluation expertale destinée à se prononcer sur les éléments pertinents en matière d'impotence. Elle a produit un nouveau rapport du Prof. F. _____, médecin chef du Service de gastro-entérologie et hépatologie du Centre hospitalier C. _____, du 11 mai 2023, lequel confirmait une pullulation bactérienne de l'intestin grêle, en présence d'une péjoration de la situation causée par les douleurs articulaires et abdominales. Il mentionnait que l'assurée devait prendre un traitement contre le diabète de type II, désormais avéré. Par pli du 8 décembre 2023, l'assurée a fait parvenir un rapport du Service d'angiologie du Centre hospitalier C. _____ du 9 novembre 2023, lequel mettait notamment en évidence une sténose serrée à gauche susceptible de nécessiter une éventuelle intervention de revascularisation. Un test de marche s'avérait non conclusif en raison de l'arrêt après 23 mètres du fait de l'apparition de douleurs abdominales. Par duplique du 16 janvier 2024, l'OAI a maintenu sa position, se référant à un nouvel avis du SMR du 20 décembre 2023, lequel concluait à l'absence d'élément médical nouveau susceptible de modifier les conclusions de l'évaluation réalisée en matière d'impotence. 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. En l'espèce, le litige a pour objet la suppression, à l'issue d'une procédure de révision, de l'allocation pour impotent servie à la recourante. Est litigieux le degré d'impotence présenté par cette dernière, singulièrement le besoin d'aide pour réaliser les actes ordinaires de la vie, de soins, d'une surveillance et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. 3. L'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 des modifications législatives et réglementaires dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706) n'a pas modifié les conditions du droit à une allocation pour impotent. 4. 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, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. b) Lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88 bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) sont applicables (cf. art. 35 al. 2, première phrase, RAI). Conformément à l'art. 87 al. 2 RAI, 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. Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Selon l'art. 88 bis al. 1 let. a RAI, 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. En vertu de l'art. 88 bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la précédente décision rendue sur le fond et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 et 9C_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4). 5. 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) 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). 6. a) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c). c) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; - 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). d) 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). Les activités de représentation et d'administration dans le cadre des mesures de protection de l'adulte au sens des art. 390 à 398 du code civil (CC) ne sont pas prises en compte (art. 38 al. 3 RAI). 7. a) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir et se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c). b) Il faut que l'aide requise soit régulière et importante pour être prise en considération au titre de l'impotence. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI). c) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir

lui-même les actes ordinaires de la vie. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 ; ch. 2015 et 2017 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n°28 ss ad art. 42 LAI, p. 605 et références citées).

8. Le besoin de soins permanents et particulièrement astreignants au sens de l'art. 37 al. 3 let. c RAI ne concerne pas les actes ordinaires de la vie (ATF 133 V 450 consid. 7.2). Au contraire, les soins permanents constituent – tout comme, dans un autre contexte, le besoin d'une surveillance personnelle permanente (art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI) – une forme d'aide de nature médicale ou paramédicale requise en raison de l'état physique ou psychique de la personne assurée (ATF 107 V 136 consid. 1b ; 106 V 153 consid. 2a ; TF 8C_920/2013 du 17 juillet 2014 consid. 2 et 8C_310/2009 du 24 août 2009 consid. 9.1). Les soins peuvent être qualifiés d'astreignants pour diverses raisons. Le critère peut être quantitatif, lorsqu'ils nécessitent beaucoup de temps ou entraînent des coûts particulièrement élevés. Le critère peut également être qualitatif, lorsque leur exécution se fait dans des conditions difficiles, par exemple parce qu'ils sont particulièrement pénibles ou qu'ils doivent être dispensés à des heures inhabituelles (TF 8C_920/2013 du 17 juillet 2014 consid. 2 et 9C_384/2013 du 10 octobre 2013 consid. 4.1 et les références).

9. La notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI ne se confond pas avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré aux traitements et aux soins de base, si bien que des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et références citées).

10. a) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), 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). Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10). La nécessité de l'assistance d'un tiers pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du

besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2 ; SVR 2008 IV n° 52 p. 173). b) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie a pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière autonome. Le fait que l'assuré effectue certaines activités plus lentement ou avec peine ou uniquement à certains moments ne signifie pas qu'il devrait être placé en home ou dans une clinique s'il n'avait pas d'aide pour ces tâches ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 2087 CSI). c) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine (ch. 2012 CSI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2).

11. a) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (cf. Michel Valterio, *op.cit.*, n° 7 ad art. 42 LAI, p. 597). b) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références). 12. a) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). c) Une

enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

13. a) Sur le plan médical, il est établi que la recourante est atteinte dans sa santé tant du point de vue somatique que psychique. A l'occasion de la décision du 21 mai 2019, avaient été retenus les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, d'artériopathie des membres inférieurs, de cardiopathie ischémique, de syndrome abdominal chronique, de lombo-cruralgie droite et lombosciatalgie droite, ainsi que de douleurs mictionnelles (cf. rapports de la Dre D. _____ du 20 avril 2018 avec ses annexes et du Dr I. _____ du 24 avril 2018, ainsi que rapport d'enquête sur l'impotence du 15 mars 2019). b) Dans le cadre de la procédure de révision initiée en 2022, les diagnostics retenus sont globalement superposables à ceux mentionnés précédemment, en sus de la survenance d'une pullulation bactérienne chronique de l'intestin grêle, responsable d'une involution graisseuse du pancréas (cf. rapports du Dr I. _____ du 10 janvier 2023 et ses annexes, ainsi que du Prof. F. _____ du Centre hospitalier C. _____ du 11 mai 2023). En outre, il a été relevé que l'état de santé de la recourante s'aggravait, notamment sur le plan de l'artériopathie des membres inférieurs au point de justifier la mise à disposition d'un fauteuil roulant (cf. communication du 4 novembre 2022). c) Force est donc de constater que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié de manière significative, en tout cas pas dans le sens d'une amélioration, depuis la précédente décision au fond en matière d'impotence. Un motif de révision du degré d'impotence au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA n'est par conséquent pas réalisé du point de vue médical.

14. a) Indépendamment de ce qui précède, les éléments pris en compte aux termes des rapports d'enquête en matière d'impotence des 15 mars 2019 et 16 septembre 2022 ne permettent pas de conclure à une sensible modification de l'autonomie de la recourante depuis la décision du 21 mai 2019. La comparaison des constats retenus par l'enquêtrice de l'intimé aux termes des rapports précités met en revanche en lumière une situation inchangée depuis plusieurs années et susceptible de peu d'évolution en présence d'un état de santé se dégradant continuellement (notamment en termes de mobilité). b) Sur le plan de la gestion de la vie quotidienne, on observe que la recourante a toujours été capable d'organiser et de structurer ses journées, ainsi que de gérer ses rendez-vous et de procéder à ses soins courants. Auparavant, elle avait certes des difficultés à gérer les imprévus et les situations d'urgence ; si cela ne semble plus être le cas actuellement, on rappelle toutefois que la recourante vit désormais dans un logement protégé, doté d'une infrastructure adaptée, et qu'elle recourt régulièrement aux services du CMS, quand bien même elle ne bénéficie plus d'un passage infirmier régulier. A l'occasion de la décision du 21 mai 2019, il était retenu que la recourante était en mesure de procéder aux travaux légers de nettoyage de son logement et de la cuisine, ainsi que de préparer ses repas, ce qui est toujours le cas actuellement. L'enquête réalisée en septembre 2022 mentionne en effet que la recourante est capable de procéder à l'entretien courant de son appartement en

fractionnant ses efforts et qu'elle confectionne ses repas, sous réserve désormais du recours à des plats préparés environ deux fois par semaine en cas d'épisodes douloureux. Quant à la lessive, si la recourante n'était pas en mesure de s'en charger en 2019 en raison de la localisation de la buanderie, elle rencontre toujours actuellement des difficultés du fait de son atteinte lombaire, ce que l'enquêtrice de l'intimé a dûment relevé. Dans ce contexte, on peut retenir que depuis 2019, la recourante a recours à une intervention hebdomadaire du CMS pour les nettoyages approfondis du logement et la lessive, sans que cette assistance se soit substantiellement modifiée en 2022. On ne voit en particulier pas dans quelle mesure l'assistance du CMS serait fournie pour une raison « logistique » et non pas en raison des restrictions liées à l'état de santé la recourante. Il s'ensuit qu'il y a lieu de prendre en considération un besoin d'assistance pour la tenue du ménage (nettoyages et lessive) dans une mesure équivalente à celle déterminée en 2019. c) S'agissant des aptitudes de la recourante à réaliser les activités hors de son domicile, on relève que ses difficultés de mobilité ont été prises en compte au titre de l'assistance prodiguée pour réaliser l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Cela étant, on observe que la recourante, désormais au bénéfice d'un fauteuil roulant, requiert toujours les services du CMS pour procéder à ses courses à hauteur d'une fois par semaine. Si la recourante n'est plus en mesure d'y participer, la raison a trait à l'organisation du CMS, laquelle n'est pas adaptée aux personnes en fauteuil roulant (absence de voiture adaptée). Sur le plan des transports, la situation est demeurée stationnaire depuis 2019, étant donné que la recourante se rend toujours à ses rendez-vous grâce au H._____. Dès lors, on ne voit pas que l'intimé soit légitimé à retenir « un besoin d'aide pour les déplacements à l'extérieur depuis janvier 2022 », alors que la recourante connaissait déjà de telles difficultés en 2019. L'assistance prodiguée au titre des déplacements à l'extérieur du domicile n'a donc pas lieu d'être évaluée différemment entre 2019 et 2022 en présence d'une situation identique, voire allant s'aggravant en dépit de la mise à disposition d'un fauteuil roulant. Par conséquent, force est de maintenir que la recourante présente toujours un besoin d'accompagnement pour les activités hors de son domicile. d) On ajoutera en dernier lieu que la recourante ne se prévaut pas d'un risque d'isolement durable, alors qu'elle ne conteste pas être en mesure d'entretenir ses liens sociaux et recevoir de la visite (notamment de son fils). e) On relèvera en définitive que le seul changement significatif dans la situation de la recourante a trait à son lieu de vie, puisqu'elle a intégré un logement protégé à compter de mars 2021. Quoi qu'en dise l'intimé, on ne voit pas en revanche de modification substantielle de l'état de santé ou de l'autonomie de la recourante, celle-ci requérant toujours une assistance régulière (à tout le moins hebdomadaire) du CMS pour l'entretien de son logement, la lessive et la réalisation des courses, ainsi que les services de H._____ pour ses déplacements à l'extérieur de son domicile. On peut ainsi nier, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante serait capable de vivre de manière indépendante et faire face aux aléas du quotidien en l'absence d'accompagnement, quel que soit son lieu de vie.

15. Quant à l'obligation de diminuer le dommage, on ne voit pas quelles mesures supplémentaires pourraient être prises par la recourante pour pallier son besoin d'assistance. Celle-ci est en effet dotée de moyens auxiliaires (notamment : tabouret de douche et fauteuil roulant) et ne peut avoir recours à l'aide de membres de sa famille, dans la mesure où elle vit seule.

16. a) Etant donné les éléments qui précèdent, il convient de considérer que la recourante n'est pas en mesure de gérer seule sa vie quotidienne, vu qu'elle présente un besoin d'assistance – au minimum – pour tenir son ménage. On peut en conclure que la première alternative prévue à l'art. 38 al. 1 let. a RAI est toujours réalisée in casu. b) Il y a

lieu également de retenir que la seconde éventualité, prévue par l'art. 38 al. 1 let. b RAI, correspond à la situation de la recourante, laquelle n'est pas en mesure faire face aux nécessités de la vie (déplacements) et d'établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne. 17. S'agissant de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, il n'y a pas lieu en revanche de retenir les observations formulées par la recourante, singulièrement ses médecins traitants, au stade de la présente procédure. En particulier, les difficultés ayant trait au ménage et à la lessive ne constituent pas des fonctions des actes « faire sa toilette » et « se vêtir/se dévêtir », contrairement à ce qu'indique le Dr I. _____ (cf. rapport du 1^{er} avril 2023). Relativement aux actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes », la recourante a concédé, lors de l'enquête réalisée en septembre 2022, être en mesure de les effectuer seule, ce qui n'apparaît pas en contradiction avec les informations médicales à disposition. Seul l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » peut être sujet à discussion compte tenu des problèmes de mobilité de la recourante. Cela étant, dans la mesure où ces difficultés sont pour l'essentiel prises en compte au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et que la recourante dispose désormais d'un fauteuil roulant, on ne saurait prendre en compte un besoin d'assistance supplémentaire en l'état. 18. Il n'y a à l'évidence pas lieu, en l'occurrence, de retenir un besoin de soins permanents ou de soins particulièrement astreignants au profit de la recourante, celle-ci ne bénéficiant plus de soins infirmiers et se trouvant parfaitement capable de se charger de sa médication quotidienne (cf. rapport d'enquête du 16 septembre 2022, point 4.3) 19. On ne saurait davantage examiner la question de la surveillance personnelle de la recourante, en dépit de ses conclusions en ce sens aux termes de ses différentes écritures. Il apparaît en effet établi que la recourante vit seule dans son propre logement depuis de nombreuses années, sans que la présence constante d'un tiers ne soit nécessaire pour assurer sa sécurité. 20. a) On retiendra en définitive que l'état de santé et le degré d'autonomie de la recourante ne se sont pas modifiés depuis la décision du 21 mai 2019 dans une mesure lui permettant de vivre de manière indépendante et de faire face aux nécessités de la vie, sans l'accompagnement d'une tierce personne. b) Dès lors que la preuve d'une amélioration de l'état de santé de la recourante, respectivement de son autonomie durable pour faire face aux nécessités de la vie sans accompagnement, n'a pas été rapportée au degré de la vraisemblance prépondérante par l'intimé, il convient de constater l'absence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA justifiant la suppression de l'allocation pour impotent de degré faible servie depuis le 1^{er} mars 2017. c) On ne saurait, cela étant, retenir une aggravation de la situation s'agissant de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ou de la survenance d'un besoin de soins qui justifierait une modification du degré d'impotence reconnu à l'issue de la décision du 21 mai 2019. Dans ce cadre, les éléments à disposition apparaissent suffisants pour trancher le cas d'espèce, de sorte qu'on ne voit pas que des mesures d'instruction complémentaires modifieraient le résultat de la présente procédure. Par conséquent, la requête d'expertise formulée par la recourante auprès de la Cour de céans peut être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d). d) Il s'ensuit que la recourante continue à avoir droit, en vertu de l'art. 37 al. 3 let. e RAI, à une allocation pour impotent de degré faible. 21. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'intimé du 25 janvier 2023 annulée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de

les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Etant donné l'importance et la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 3'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 25 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre de dépens. 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 Gilles-Antoine Hofstetter, 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 :

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