

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 317 vom 24. Mai 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-05-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2024\\_\\_317](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__317)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 317 du 24 mai 2024

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 317 del 24 maggio 2024

### Regeste

REJET DE LA DEMANDE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE},  
RÉDUCTION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ALLOCATION POUR  
IMPOTENT, IMPOTENCE LÉGÈRE, SOINS DU CORPS | 43bis LAVS, 17 al. 2 LPGA, 9  
LPGA, 37 al. 3 RAI, 66bis RAVS

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 317

REJET DE LA DEMANDE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE},  
RÉDUCTION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ALLOCATION POUR  
IMPOTENT, IMPOTENCE LÉGÈRE, SOINS DU CORPS | 43bis LAVS, 17 al. 2 LPGA, 9  
LPGA, 37 al. 3 RAI, 66bis RAVS

TRIBUNAL CANTONAL AVS 27/23 - 25/2024 ZC23.039453 COUR DES  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 24 mai 2024 \_\_\_\_\_ Composition : M. Neu , président Mme  
Dormond Béguelin et M. Gutmann, assesseurs Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : F. \_\_\_\_\_ , à K. \_\_\_\_\_ , recourante, et CAISSE CANTONALE  
VAUDOISE DE COMPENSATION AVS , à Vevey, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 9 et  
17 al. 2 LPGA ; 43 bis LAVS ; 66 bis RAVS ; 37 al. 3 RAI E n f a i t : A. a) Souffrant de  
diverses atteintes à la santé physique et psychique, F. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la  
recourante), née en 1958, alors domiciliée dans le canton de Valais, a déposé, le 28 avril  
1999, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de  
l'assurance-invalidité du canton du Valais (ci-après : l'OAI-VS). Par décision du 7  
septembre 2000, l'OAI-VS a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à  
compter du 1 er mai 1999, basée sur un degré d'invalidité de 100 %. A la suite de plusieurs  
procédures de révision d'office, l'OAI-VS a constaté que le degré d'invalidité de l'assurée  
n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, si bien que le droit à une rente  
entière d'invalidité était maintenu (communications des 12 février 2003, 9 novembre 2006  
et 21 avril 2010). b) Le 12 mars 2012, l'OAI-VS a engagé une nouvelle procédure de  
révision d'office de la rente allouée, au cours de laquelle il a recueilli des renseignements  
médicaux sur l'état de santé de l'assurée. Dans un rapport du 13 juillet 2012, les Drs  
X. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ , respectivement médecin responsable et médecin assistant  
auprès du Centre psychiatrique N. \_\_\_\_\_ à Q. \_\_\_\_\_ , ont répondu « oui » à la  
question de savoir si l'assurée avait besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour  
accomplir les actes ordinaires de la vie. Ces médecins ont indiqué que, depuis le début de  
l'année 2012, un centre médico-social (ci-après : le CMS) intervenait pour une aide à la  
toilette et à l'habillement, ainsi que pour des repas à domicile et un accompagnement dans  
la réalisation des tâches ménagères. Par communication du 12 octobre 2012, l'OAI-VS a

maintenu sans changement le droit de l'assurée à une rente entière de l'assurance-invalidité.

c) Dans l'intervalle, l'OAI-VS a, le 24 août 2012, adressé au Centre psychiatrique N. \_\_\_\_\_ un questionnaire en vue de déterminer l'impotence de l'assurée que le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin responsable, et H. \_\_\_\_\_, psychologue, ont complété le 22 octobre 2012. Ces derniers ont relevé que, depuis le 9 mai 2012, l'assurée bénéficiait d'une aide familiale rattachée au CMS et qu'elle avait besoin d'aide pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer ». L'intéressée avait par ailleurs besoin d'une surveillance personnelle en raison d'un trouble alimentaire, d'un risque d'isolement social et d'un diabète de type II insulino-requérant, lequel nécessitait en outre une aide durable pour les soins de base dispensée par une infirmière spécialisée en diabétologie. Une enquête au domicile de l'assurée a été mise en œuvre par l'OAI-VS, le 29 octobre 2012, pour évaluer les besoins de l'intéressée. Dans son rapport du 4 février 2013, l'enquêteur n'a pas confirmé le besoin d'une aide importante pour les actes « aller aux toilettes » et « se déplacer », alors qu'il a admis un besoin d'aide pour les actes « se vêtir/se dévêtir » et « faire sa toilette », de même qu'un accompagnement régulier durable était indispensable pour faire face aux nécessités de la vie. L'assurée avait également besoin d'une aide durable dans le cadre des soins de base. En revanche, l'enquêteur n'a pas constaté le besoin d'une surveillance personnelle permanente. Par décision du 3 juin 2013, l'OAI-VS a reconnu le droit de l'assurée à une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1<sup>er</sup> mai 2013. Il a retenu qu'elle avait besoin de l'aide régulière et importante d'autrui depuis le mois de mai 2012 pour se vêtir et se dévêtir ainsi que pour faire sa toilette. Elle nécessitait également un accompagnement régulier et durable pour faire face aux nécessités de la vie, dont la durée était supérieure à 2 heures par semaine. d) F. \_\_\_\_\_ ayant déménagé dans le canton de Vaud, l'OAI-VS a transmis le dossier de l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) lequel a, à la suite d'une révision d'office initiée le 1<sup>er</sup> mai 2016, avisé l'intéressée que son degré d'impotence n'avait pas changé au point de modifier ses droits, si bien qu'elle continuait de bénéficier d'une allocation pour impotent de degré moyen à domicile (communication du 3 janvier 2017). e) Dans le cadre d'une nouvelle révision de l'allocation pour impotent, l'office AI a, par courrier du 21 janvier 2022, remis un questionnaire à l'assurée que celle-ci a complété le 2 mars 2022. Elle y indiquait avoir besoin d'une aide pour tous les actes ordinaires de la vie (« se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux »). L'état de santé de l'assurée nécessitait par ailleurs un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ainsi que des prestations d'aide médicale et une surveillance personnelle. Dans un rapport du 4 avril 2022, la Dre D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que sa patiente avait besoin d'aide pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette/soins du corps » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » ; elle nécessitait par ailleurs un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le 26 octobre 2022, l'assurée a fait l'objet d'une évaluation à domicile. Dans son rapport du 10 novembre 2022, l'enquêtrice a retenu que l'intéressée nécessitait une aide pour se vêtir/se dévêtir, aller aux toilettes et se déplacer/entretenir des contacts sociaux. Elle a en revanche estimé qu'elle n'avait pas besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ni d'une aide pour les soins de base. De plus, dans la mesure où l'assurée vivait seule et pouvait le rester lorsque ses proches partaient en vacances, une surveillance personnelle permanente n'entrait pas en ligne de compte. Par décision du 10 janvier 2023, la Caisse cantonale

vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse ou l'intimée) a diminué le droit de l'assurée à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1<sup>er</sup> mars 2023. Elle a constaté un gain d'autonomie dans l'accomplissement de l'acte « faire sa toilette/soins du corps ». En revanche, l'intéressée avait besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour trois actes ordinaires de la vie, à savoir « se vêtir/se dévêtir », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », tandis qu'elle ne requérait plus un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. En date du 24 janvier 2023, l'assurée s'est opposée à cette décision en invoquant une dégradation de son état de santé. A cet égard, elle s'est prévalu d'un nouveau rapport établi le 17 janvier 2023 par la Dre D.\_\_\_\_\_. Cette médecin y indiquait que sa patiente nécessitait de l'aide pour se laver, faire sa toilette, faire les repas et les courses, s'habiller et se déshabiller, se déplacer et entretenir des contacts sociaux. Selon la Dre D.\_\_\_\_\_ l'assurée avait également besoin de soins permanents en raison d'une incontinence fécale et urinaire complète. Elle s'était par ailleurs fracturé l'humérus. De plus, dans la mesure où un bilan neuropsychologique était en cours, elle estimait opportun d'en attendre les conclusions pour procéder à une nouvelle évaluation de la situation. A la demande du Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (avis médical du 27 avril 2023), la Dre D.\_\_\_\_\_ lui a adressé, le 3 mai 2023, le bilan neuropsychologique de l'assurée, daté du 10 mars 2023. Conformément à la requête de l'intéressée, le bilan effectué était de nature sommaire, car elle avait expliqué que son état de santé était incompatible avec une consultation prolongée. Les examens effectués ont mis en évidence au premier plan un dysfonctionnement mnésique, des hésitations sur l'orientation temporelle, un dysfonctionnement exécutif léger, des capacités attentionnelles limitées ainsi qu'une fatigabilité importante. Le tableau neuropsychologique correspondait à une atteinte d'intensité légère avec des difficultés mnésiques antérogrades verbales et rétrogrades au premier plan, dont la patiente était partiellement consciente. Celle-ci compensait globalement ses difficultés mnésiques grâce à son agenda (adapté à ses difficultés) et à l'aide de son entourage. En ce qui concernait l'autonomie générale, l'impact était actuellement léger et bien compensé par la fille de l'assurée. Les difficultés exécutives et attentionnelles interféraient avec la gestion administrative complexe, mais celle-ci était d'ores et déjà gérée par un tiers (fille). Dans un avis médical du 4 juillet 2023, le Dr Z.\_\_\_\_\_ s'est exprimé comme suit à propos du bilan neuropsychologique du 10 mars 2023 : « Le bilan neuropsychologique n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux. Il est noté que l'examen a été sommaire au vu des difficultés de participation de notre assurée. Il n'y a pas de test de validation. Il est noté une atteinte d'intensité légère qui ne peut expliquer la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Notre assurée ne serait pas placée en Home ». Par décision sur opposition du 15 août 2023, la Caisse a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 10 janvier 2023. B. a) Par acte du 15 septembre 2023, F.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition du 15 août 2023. Elle alléguait que, depuis l'enquête à domicile du mois d'octobre 2022, son état de santé ne s'était nullement amélioré et qu'il s'était même détérioré avec une aggravation de la fibromyalgie et du cancer du sein. De plus, elle se plaignait que les rapports de la Dre D.\_\_\_\_\_ des 4 avril 2022 et 17 janvier 2023 n'aient pas été pris en considération, dans la mesure où le second d'entre eux retenait un besoin d'aide pour plus de quatre actes ordinaires de la vie. Au vu de ces éléments, l'assurée estimait qu'elle devait continuer à bénéficier d'une allocation pour impotent de degré moyen. b) A sa réponse du 20 octobre

2023, la Caisse a joint les déterminations du 17 octobre 2023 de l'office AI, auxquelles elle a déclaré se rallier. Celui-ci y relevait qu'il avait été tenu compte des rapports établis par la Dre D. \_\_\_\_\_ dans les analyses médicales effectuées par le SMR les 27 avril et 4 juillet 2023, aux termes desquelles ce service avait conclu que les documents en question n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de remettre en cause le rapport d'évaluation du 10 novembre 2022. Aussi, l'office AI a-t-il conclu au rejet du recours. c) L'assurée n'a pas procédé plus avant. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-vieillesse et survivants (art. 1 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Les décisions et les décisions sur opposition prises par les caisses cantonales de compensation peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton où la caisse de compensation a son siège (art. 56 al. 1 LPGA et 84 LAVS), 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]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Est en l'occurrence litigieux le maintien du droit de la recourante à une allocation pour impotence moyenne dans le cadre de la procédure de révision, au sens de l'art. 17 LPGA, entreprise par l'office AI au début de l'année 2022. 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) Ont droit à l'allocation pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants les personnes qui perçoivent la totalité de leur rente de vieillesse ou les bénéficiaires de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui présentent une impotence grave, moyenne ou faible (art. 43 bis al. 1 LAVS). Ce droit prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt lorsque l'assuré a présenté une impotence grave, moyenne ou faible durant six mois au moins sans interruption (art. 43 bis al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, LAVS). c) Les dispositions de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) et du RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) sont applicables par analogie en ce qui concerne la notion et l'évaluation de l'impotence (art. 43 bis al. 5, 1<sup>ère</sup> phrase, LAVS ; art. 66 bis al. 1 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]). L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'est cependant pas pris en considération dans l'assurance-vieillesse et survivants (ch. 7010 CSI [Circulaire sur l'impotence], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ; art. 66 bis al. 1 RAVS). En effet, l'art. 66 bis RAVS ne renvoie précisément pas aux art. 37 al. 2 let. c et al. 3 let. e RAI, de sorte que ces dispositions ne sont pas applicables dans le régime de l'AVS. d) Selon 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. En vertu 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 ; cf. toutefois supra consid. 3c pour les assurés du régime de l'assurance-vieillesse et survivants). Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de l'aide d'autrui, de façon régulière et importante, pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a), d'une surveillance personnelle permanente (let. b), de soins particulièrement astreignants, exigés par son infirmité, de façon permanente (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 ; cf. toutefois supra consid. 3c pour les assurés du régime de l'assurance-vieillesse et survivants). e) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références) ainsi que les ch. 2020 ss de la CSI, 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). 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). 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). g) Il incombe aux offices de l'assurance-invalidité de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation (art. 43 bis al. 5, 2 e phrase, LAVS). A cet effet, ils instruisent la demande et statuent sur le droit aux prestations, avant d'établir immédiatement le prononcé et de le

transmettre à la caisse de compensation compétente (art. 69 quater al. 1 RAVS), laquelle est chargée de notifier la décision (ATF 127 V 213 consid. 3 ; TFA H 289/03 du 17 février 2006 consid. 2.1).

4. a) Aux termes 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit aux prestations, avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; voir en matière de droit à la rente ATF 147 V 167 consid. 4.1).

b) Aux termes de l'art. 88 a al. 1 RAI, applicable à la révision de l'allocation pour impotent dans l'AVS (art. 66 bis al. 2 RAVS), si l'impotence s'améliore ou si le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

5. a) En l'espèce, il convient d'examiner s'il existe un motif de révision du droit à la prestation. Le point de départ de l'examen d'un changement des circonstances déterminantes propres à influencer le droit à la prestation en cause est la date de la décision du 3 juin 2013. Il s'agit donc de déterminer si le besoin d'aide s'est modifié depuis cette décision.

b) La recourante soutient que le droit à une allocation d'impotence moyenne doit être maintenu, conformément à ce que lui a reconnu la décision du 3 juin 2013, aux termes de laquelle elle avait besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour se vêtir et se dévêtir ainsi que pour faire sa toilette, de même qu'elle nécessitait un accompagnement régulier et durable pour faire face aux nécessités de la vie, dont la durée était supérieure à 2 heures par semaine. Dans la décision sur opposition litigieuse du 15 août 2023, l'intimée a retenu que la recourante nécessitait l'aide régulière et importante d'un tiers pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », étant rappelé qu'en matière d'AVS, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'est pas pris en considération (cf. considérant 3c supra). Il s'agit en conséquence de déterminer si l'intéressée nécessite, ainsi qu'elle l'allègue, une aide pour l'acte « faire sa toilette/soins du corps », besoin que l'intimée n'a pas reconnu, se fondant principalement sur le rapport d'enquête à domicile du 10 novembre 2022.

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). Dans le cas d'espèce, aucun constat d'erreurs manifestes ne saurait s'imposer, le rapport d'enquête du 10 novembre 2022 remplissant les réquisits jurisprudentiels en matière de force probante. On relèvera d'ailleurs à cet égard que la recourante n'a pas critiqué la retranscription de ses déclarations par l'enquêtrice. Au demeurant, 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. Le rapport d'enquête du 10 novembre 2022 constitue dès lors une base fiable de décision.

6. a) Concernant l'acte « faire sa toilette », l'enquêtrice de l'office AI a consigné les éléments suivants (cf. rapport d'enquête du 10 novembre 2022, point 4.1.4) : « - Se laver L'assurée est autonome pour ses gestes d'hygiène et pour le brossage des dents (prothèses dentaires amovibles). - Se coiffer L'assurée est autonome pour se coiffer. - Se baigner/se doucher Comme lors de l'évaluation précédente, l'assurée a toujours une aide directe de sa fille/OSAD pour la douche. Elle indique ne pas pouvoir laver les pieds ni son dos, et avoir peur de faire une chute. Toutefois, pendant l'évaluation, l'assurée a pu plier ses jambes et toucher ses pieds à plusieurs reprises. Il serait exigible de sa part d'installer une chaise dans la douche et prendre sa douche seule, de manière sécuritaire. L'évaluation précédente décrit que l'assurée faisait sa douche assise, mais nous avons vu la douche de l'assurée et elle a installé un petit escabeau de toilette et non un siège de douche. L'escabeau sert à l'assurée lever le pied [ sic ] de manière à faciliter la tâche à sa fille et non pour son autonomie. De plus, l'assurée n'a plus d'obésité, facilitant ses gestes et accès à toutes les régions de son corps. Avec un siège de douche, l'assurée pourrait donc être autonome pour se doucher. » L'enquêtrice de l'office AI a dès lors conclu que l'assistance prodiguée n'avait pas lieu d'être prise en compte, dans la mesure où la recourante se devait de diminuer le dommage en faisant l'acquisition des moyens auxiliaires évoqués.

b) Dans ses rapports des 4 avril 2022 et 17 janvier 2023, la Dre D.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente présentait un besoin d'aide pour se laver et faire sa toilette.

aa) Ces rapports ne sauraient remettre en cause le caractère convaincant de l'évaluation de l'enquêtrice à domicile. Le premier rapport, qui s'avère très succinct, a été pris en considération par cette dernière avant de réaliser son enquête. Il ne donne pour le reste aucune explication détaillée et concluante quant aux raisons pour lesquelles la recourante ne serait plus en mesure de faire sa toilette. S'agissant du second rapport, il se borne à mettre en évidence une fracture de l'humérus, qui n'est toutefois pas documentée. Dans ce sens, il témoigne davantage des appréhensions et des plaintes de l'assurée qu'il ne motive la nécessité d'une aide importante et régulière pour les soins du corps.

bb) Cela étant, force est de constater que les difficultés présentées ne sont pas corrélées aux constats médicaux objectifs. Au demeurant, on peut retenir comme exigible que la recourante se dote de moyens auxiliaires lui permettant d'exécuter seule l'acte « faire sa toilette ». Il convient donc de considérer, à l'instar de l'enquêtrice de l'office AI, que la présence d'un tiers n'est pas indispensable pour assister la recourante dans sa toilette et qu'une éventuelle assistance ne serait de toute façon prodiguée qu'irrégulièrement dans ce contexte.

c) Il y a ainsi lieu de considérer que la recourante n'a pas besoin d'aide pour les fonctions partielles comprises dans l'acte « faire sa toilette ».

d) Sur le vu de ce qui précède, dans la mesure où l'assurée présente un besoin d'aide pour trois actes de la vie et qu'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'entre pas en ligne de compte en matière d'AVS (cf. considérants 3c et 5b supra ), c'est à juste titre que la Caisse intimée a réduit l'allocation pour impotent allouée à la recourante d'un degré moyen à un degré faible à compter du 1<sup>er</sup> mars 2023.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur

opposition rendue le 15 août 2023 par l'intimée confirmée. 8. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la loi spéciale ne le prévoyant pas (art. 61 let. f bis ), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa a contrario ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 15 août 2023 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Mme F.\_\_\_\_\_, ■ Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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