

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 mars 2022

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Métral, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseuse  
Greffière : Mme Tagliani

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Robert Fox, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 9 LPGA ; 42 LAI ; 37, 38 et 69 al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Par décisions du 27 mars 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], remariée depuis le 10 février 2006, mère de trois enfants, une rente entière d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> septembre 2003. Les diagnostics ayant mené à l'allocation de cette rente sont les suivants : cervico-dorso-lombalgies chroniques, status après interventions chirurgicales en deux temps de laminectomie gauche de D6 à D12 et de résection d'une hernie discale calcifiée en D7-D8 comprimant le canal médullaire, et parésie résiduelle du membre inférieur gauche.

Par communications du 18 juin 2009, puis du 15 avril 2013, faisant suite à des révisions d'office, l'OAI a maintenu le droit à la rente de l'assurée, compte tenu de son degré d'invalidité de 70 %.

**b)** Par formulaire du 24 janvier 2020, l'assurée a demandé la prise en charge par l'assurance-invalidité de moyens auxiliaires, soit un déambulateur (ou rollator) et un corset pour scoliose (ou orthèse de tronc). L'instruction de l'OAI ayant révélé que la nécessité d'utilisation du corset était limitée à six mois, sa prise en charge a été refusée par décision du 11 mai 2020. La prise en charge d'un déambulateur a en revanche été accordée par communication du 21 avril 2020.

**c)** L'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent le 20 mai 2020, remplie par S.\_\_\_\_\_ Sàrl et indexée par l'OAI le 1<sup>er</sup> juillet suivant. Elle a indiqué avoir besoin d'une aide régulière et importante depuis novembre 2019 pour les actes « se vêtir / se dévêtir », « se lever / s'asseoir / se coucher » (« Besoin juste le matin pour se lever du lit »), « soins du corps » (« Besoin d'aide pour se laver ne peut plus faire pour se baisser Besoin d'aide pour entrer dans la baignoire. Ne peut pas se laver du tout les pieds. Limiter [sic] dans les mouvements »). Elle n'avait en revanche pas besoin d'aide pour manger, aller aux toilettes, se déplacer, entretenir des contacts sociaux ou pour son traitement médical.

Comme moyens auxiliaires, elle utilisait des cannes de temps en temps et un déambulateur pour l'extérieur. L'aide dont elle avait besoin lui était fournie par l'institution d'aide, d'assistance et de soins à domicile S.\_\_\_\_\_ Sàrl depuis novembre 2019.

Sollicitée par l'OAI, S.\_\_\_\_\_ Sàrl a répondu à des questions complémentaires le 17 juillet 2020. Il ressort de ce formulaire que l'assurée avait besoin d'aide les matins pour « retirer et mettre les vêtements » en raison de ses douleurs dorsales, qu'elle ne pouvait pas atteindre ses pieds ou lever ses jambes, et qu'elle risquait de tomber, depuis novembre 2019. Elle avait besoin d'aide pour se lever du lit le matin depuis janvier 2019. Depuis novembre 2019, elle avait besoin d'aide le matin pour entrer dans sa baignoire, elle ne pouvait plus se laver seule notamment au niveau des pieds. Elle parvenait seule à faire sa toilette au lavabo et à se coiffer.

Par rapport du 28 août 2020, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a informé l'OAI que cette dernière avait besoin de l'aide régulière et importante d'un tiers pour se vêtir / dévêtir, se lever / s'asseoir / se coucher et faire sa toilette. Le médecin a rapporté que l'assurée avait subi deux « grosses interventions » au niveau de son dos à l'automne 2019 (une spondylodèse L1-L5 le 30 septembre 2019 et une arthrodeèse par fixation D6-L5 le 28 octobre 2019), en raison de rachialgies importantes sur scoliose dégénérative et syringomyélie. La convalescence était longue et difficile avec d'importantes douleurs et des difficultés de déplacement ainsi que de fréquents vertiges. Le Dr J.\_\_\_\_\_ émettait un pronostic stationnaire.

L'OAI a diligenté une évaluation de l'impotence à domicile, qui a eu lieu le 10 décembre 2020. Il est précisé dans le rapport du service d'évaluation, daté du 14 décembre 2020, que l'époux de l'assurée bénéficiait du service d'aide à domicile S.\_\_\_\_\_ Sàrl, à raison de trois à quatre fois par jour et qu'il était au bénéfice d'une allocation pour impotence grave. S.\_\_\_\_\_ Sàrl adaptait ses prestations à l'assurée. Parmi les éléments nouveaux concernant l'atteinte à la santé, l'évaluatrice

a noté qu'en mai 2020, l'assurée n'était plus satisfaite des prestations de S. \_\_\_\_\_ Sàrl et avait changé d'organisme de soins à domicile en faveur de L. \_\_\_\_\_ Sàrl. Depuis lors, l'assurée avait repris la préparation des repas pour son mari et elle, et avait pu développer des stratégies pour gagner en autonomie. Une quinzaine de jours avant l'évaluation domiciliaire, le médecin de l'assurée lui avait expliqué que le matériel implanté dans son dos avait bougé et qu'elle devrait être opérée à nouveau ; elle n'avait pas encore consenti à cette intervention. L'évaluatrice avait relevé les limitations fonctionnelles physiques suivantes, telles que décrites par l'assurée :

« Douleurs constantes qui sont contrôlées avec le traitement au repos, mais qui se réactive [sic] à l'effort.  
Difficulté à maintenir les bras au-dessus de la tête. Port de charge limité à 1 ou 2 kg.  
Perte de force dans le membre inférieur gauche, mais qui peut néanmoins être montée dans le lit sans aide.  
Périmètre de marche limité à 300 mètres avec le rollator.  
Besoin d'alterner les positions.  
Monter / descendre les escaliers limités à une ou deux marches avec appuis.  
Incapacité à prendre les transports publics.  
L'assurée ne peut se pencher en avant ayant une mobilité très limitée du torse suite aux opérations effectuée [sic] en octobre 2019.  
Douleurs aux genoux des côtés avec phénomène de lâchage occasionnel.  
Mobilité générale limitée par les douleurs dans tout le corps, fluctuantes et migrantes ».

L'évaluatrice a retenu un seul acte comme nécessitant une aide régulière et importante, celui de « se vêtir », depuis octobre 2019, car l'assurée ne pouvait mettre seule les vêtements du bas du corps. Son manque de dextérité et de mobilité l'empêchait d'utiliser une pince de préhension à long manche avec efficacité. Elle portait des vêtements adaptés, notamment des robes d'intérieur, qui lui permettaient d'attendre le passage du service d'aide à domicile pour recevoir l'aide dont elle avait besoin pour se vêtir le matin. Lorsqu'elle devait sortir, elle demandait à son mari de l'aider à enfiler ses chaussettes et chaussures en mettant ses pieds sur le fauteuil roulant de ce dernier.

Pour l'acte « se lever », l'évaluatrice a écrit que l'assurée n'avait pas besoin d'aide régulière et importante mais qu'elle devait

prendre son temps et faire attention lors de ses transferts, en raison de ses douleurs.

Pour l'acte « manger », il était indiqué que l'assurée prenait ses repas dans sa salle à manger, pouvait couper elle-même ses aliments et qu'elle préparait les repas pour son mari et elle-même depuis le mois de mai 2020.

Pour l'acte « faire sa toilette », et plus particulièrement la sous-catégorie « se baigner / se doucher », l'assurée avait pu développer des stratégies d'adaptation depuis mai 2020 en utilisant « différents moyens auxiliaires (brosse long manche, planche de bain...) ». Le besoin d'aide n'ayant pas duré une année, il ne pouvait être retenu.

Pour l'acte « aller aux toilettes », l'évaluatrice notait que l'assurée se rendait seule aux toilettes, avait installé un « rehausse - w.-c. » et ne portait pas de protection.

Pour l'acte « se déplacer », l'assurée s'aidait d'une ou deux canne(s) anglaise(s) en fonction de son état de santé lorsqu'elle était chez elle, et de son déambulateur lorsqu'elle sortait dans son quartier. Ses médecins avaient insisté pour qu'elle commence à n'utiliser que les cannes anglaises à l'extérieur également, lors de courts trajets. L'assurée devait être accompagnée ou véhiculée pour les trajets plus longs, en raison de la limitation de son périmètre de marche, de son impossibilité de monter ou descendre plus de deux marches d'escaliers et de prendre les transports publics. Ce besoin relevait de l'accompagnement selon l'évaluatrice. L'assurée maintenait en outre ses contacts sociaux sans difficulté.

S'agissant de l'éventuel besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'évaluatrice a consigné ce qui suit dans son rapport :

« L'assurée assume seule l'organisation et la planification de son quotidien, ainsi que des soins et de l'état de santé de santé pour elle-même et son mari.

Elle assume la préparation des repas pour elle-même et son époux, l'entretien quotidien de la cuisine et de la vaisselle en fractionnant et adaptant ses efforts à son état de santé.

Elle effectue les petits travaux de nettoyage quotidien.

Elle assume elle-même les tâches administratives et les paiements ainsi que ses courses quotidiennes, pouvant se rendre seule à la poste ou dans les commerces de proximités [sic] situés dans le quartier.

Elle ne nécessite l'aide de sa famille ou une femme de ménage que pour l'entretien de ses sols et des sanitaires, ainsi que du linge, ou les grosses courses.

L'accompagnement ne permettant pas d'éviter un placement en institution ou un risque d'abandon, il ne peut être retenu ».

Par projet de décision du 16 décembre 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande d'allocation pour impotent.

Par courrier du 30 décembre 2020 (date du timbre postal), l'assurée a formulé des objections au projet de décision. En substance, elle s'est prévalu de la dégradation de son état de santé à la suite des opérations qu'elle avait subies à l'automne 2019. Elle avait beaucoup de difficulté à se doucher correctement, à s'habiller, à faire le ménage, à porter des charges lourdes comme les poubelles ou les courses (qu'elle se faisait livrer à domicile), car elle ne pouvait pas se baisser. Elle ne pouvait pas rester assise ou debout trop longtemps, en raison de ses douleurs. Elle ne parvenait pas à s'occuper de son mari hormis pour lui préparer ses repas. L'assurée a produit un certificat médical du Dr J. \_\_\_\_\_ du 22 décembre 2020, selon lequel elle nécessitait une aide quotidienne des soins à domicile pour la toilette et l'habillement.

Par décision du 23 février 2021, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assurée, se référant au rapport d'évaluation du 14 décembre 2020. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a pris position sur la contestation de l'assurée. Il a exposé que l'aide devait être nécessaire chaque jour, et que si l'accomplissement des actes ordinaires de la vie était

rendu plus ardu ou plus lent, cela ne suffisait en principe pas pour ouvrir le droit à une allocation pour impotent. Or certains aspects des actes qu'elle évoquait étaient certes plus difficiles et chronophages à effectuer pour elle que pour une personne non atteinte dans sa santé, mais les conditions précitées n'étaient pas remplies. L'aide dispensée à son mari ne pouvait en outre pas être prise en compte dans le cadre de sa propre demande d'allocation pour impotent.

**B.** Par acte du 26 mars 2021, P.\_\_\_\_\_, désormais représentée par son conseil Me Robert Fox, a formé recours à l'encontre de la décision précitée par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu principalement à la nullité [recte : l'annulation] de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction, et subsidiairement à la réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent lui est octroyée selon les modalités à établir à dire de justice. À titre de mesures d'instruction, elle a requis la possibilité de déposer une deuxième écriture et la mise en œuvre d'un nouvel examen de sa situation à son domicile. La recourante a fait valoir en substance l'absence de valeur probante du rapport d'évaluation d'impotence du 14 décembre 2020, qui ne reflétait pas suffisamment ses difficultés pour se doucher, se vêtir, se lever, faire son ménage, porter de lourdes charges et faire ses courses. L'évaluation s'inscrivait en outre en contradiction avec les constatations médicales du Dr J.\_\_\_\_\_ et celles des infirmières de maintien à domicile.

Par sa réponse du 26 avril 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il a rappelé qu'il avait retenu le besoin d'aide importante et régulière de la recourante pour accomplir l'acte « se vêtir/se dévêtir », mais que ce seul acte n'ouvrait pas le droit à une allocation pour impotent. Le rapport d'évaluation remplissait les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'intimé renvoyait pour le surplus aux explications qu'il avait fournies dans son courrier du 23 février 2021.

Par sa réplique du 17 juin 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions et arguments. Afin de démontrer son besoin d'aide pour

trois actes de la vie quotidienne, elle a produit un onglet de pièces sous bordereau, soit :

- Un courriel du Dr J. \_\_\_\_\_ adressé à son conseil le 20 mai 2021, qui contenaient les remarques suivantes : « L'aide qu'elle nécessite par les soins à domicile est la suivante : elle est entièrement dépendante de cette aide pour l'habillage et le déshabillage. L'aide à la toilette est importante, notamment pour les [sic] bas du corps qu'elle ne peut pas atteindre. Elle peine à s'essuyer lorsqu'elle va à la selle. Elle fait la vaisselle et la cuisine en étant assise, avec difficultés et lenteur. Les déplacements se font avec déambulateur ou cannes anglaises. Elle est venue seule ce jour au cabinet avec l'aide de ses cannes et en prenant le train régional avec entrée abaissée. Elle se lève et s'assoit sans aide à la consultation. Je n'ai pas d'autres éléments probants à mentionner concernant cette patiente » ;
- Le rapport médical pour les personnes impotentes rempli par le Dr J. \_\_\_\_\_ le 28 août 2020 ;
- Une attestation des L. \_\_\_\_\_ Sàrl du 18 mai 2021, selon laquelle cette organisation prenait en charge ses soins infirmiers depuis le 8 septembre 2020, qui consistaient en une « aide à l'habillage et soins de peau 7 jours /7 » et en une visite de santé un jour par semaine ;
- Des décomptes de prestations établis par son assurance-maladie obligatoire mentionnant des prestations de soins à domicile facturés par S. \_\_\_\_\_ Sàrl, puis par L. \_\_\_\_\_ Sàrl.

Dans sa duplique du 28 juin 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions.

Sollicité par la juge instructrice à ce sujet, le conseil de la recourante a produit sa liste des opérations le 18 août 2021.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**c)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse, rendue le 23 février 2021, de sorte que c'est à ce dernier qu'il est fait référence au sein du présent arrêt (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**2.** Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

**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)** Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). L'art. 42 al. 3 LAI, première phrase, prévoit qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie.

**4. a)** L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) 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)** À teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

**c)** Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;

- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ;
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

**d)** Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

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).

**e)** L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était

livré à lui-même (ATF 133 V 450 consid. 10). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

**f)** Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

**5. a)** Quant au besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il existe selon l'art. 38 al. 1 RAI 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).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C\_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1).

**b)** Dans la première éventualité prévue à l'art. 38 al. 1 let. a RAI, 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). La nécessité de l'aide apportée par une tierce personne 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. Dans la deuxième éventualité mentionnée à l'art. 38 al. 1 let. b RAI, 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 (p. ex. les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur). Dans la troisième éventualité envisagée par l'art. 38 al. 1 let. c RAI, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que la perte de contacts sociaux et, partant, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C\_425/2014 du 26 septembre 2014, consid. 4.1 et références citées).

**c)** L'accompagnement doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière indépendante. Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que l'assuré, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placé en home ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

**d)** La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux

nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 3.6 et les références citées).

**e)** L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2).

**6. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

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

**c)** Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci (conformément à l'art. 69 al. 2 RAI). En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel

qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2).

**7.** La naissance du droit à une allocation pour impotent n'est possible qu'à l'échéance d'un délai de carence d'une année à compter de la survenance de l'impotence (TF 9C\_326/2017 du 18 septembre 2017 consid. 3.1). En effet, le Tribunal fédéral a précisé que contrairement au renvoi de l'art. 42 al. 4 *in fine* LAI, le début du droit à l'allocation pour impotent ne se détermine pas en fonction de l'art. 29 al. 1 LAI, mais de l'art. 28 al. 1 LAI (ATF 137 V 351 consid. 4 et 5).

**8. a)** En l'espèce, il est admis que la recourante est significativement atteinte dans sa santé physique depuis le mois de septembre 2002, ce qui a justifié l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2003 en sa faveur. La demande d'allocation pour impotent est motivée par les suites de deux interventions chirurgicales du dos qu'elle a subies à l'automne 2019 (les 30 septembre et 28 octobre 2019).

**b)** L'intimé a reconnu que la recourante avait besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir l'acte élémentaire de la vie quotidienne « se vêtir / se dévêtir », depuis les deux nouvelles opérations du dos. Ce point n'est pas contesté et ne prête pas le flanc à la critique, pas plus que le moment de la survenance de l'éventuelle impotence litigieuse en novembre 2019, qui correspond en outre à la date à partir de laquelle la recourante a demandé l'octroi d'une allocation.

À cet égard, il convient d'emblée d'écarter l'affirmation de S.\_\_\_\_\_ Sàrl, contenue dans le formulaire rempli le 17 juillet 2020, selon laquelle la recourante nécessitait une aide pour se lever de son lit le matin depuis le mois de janvier 2019. En effet, cette date ne correspond à aucun évènement particulier ou aggravation alléguée de son état de santé, et la recourante ne prétend pas à l'allocation dès cette date mais dès les opérations qu'elle a subies à l'automne 2019 (cf. notamment ses observations du 30 décembre 2020). Sur le plan temporel, aucune autre pièce au dossier ne corrobore cette affirmation de S.\_\_\_\_\_ Sàrl, qui avait en sus indiqué n'avoir débuté la prise en charge qu'au mois de novembre 2019 (cf. formulaire de demande d'allocation pour impotent). Ce mois coïncide de plus selon toute vraisemblance avec le retour à domicile de la recourante après sa dernière intervention chirurgicale du 28 octobre 2019. Il n'est donc pas rendu vraisemblable que l'impotence éventuelle de la recourante, dans le cadre du présent litige, ait pu survenir avant le mois de novembre 2019.

La naissance du droit potentiel de la recourante à une allocation pour impotent se situe ainsi en novembre 2020 au plus tôt, compte tenu du délai de carence d'une année (cf. consid. 7 *supra*).

**9.** Il sied d'examiner la valeur probante du rapport d'évaluation d'impotence du 14 décembre 2020, qui est contestée par la recourante et sur lequel l'intimé s'est fondé pour rendre la décision querellée.

**a)** Les qualifications de l'évaluatrice et ses connaissances s'agissant de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps de la recourante, ne sont pas contestés par cette dernière. La recourante ne forme pas de grief précis quant à la verbalisation du contenu de l'entretien. On relève que le rapport d'évaluation contient les diagnostics pertinents et qu'il y est retranscrit les plaintes et limitations fonctionnelles de la recourante. L'évaluatrice a noté les indications de la recourante, en particulier en lien avec le changement de sa situation qu'elle a décrit au mois de mai 2020. Il est constaté que cette date ne

correspond en réalité pas au changement de prestataire de soins, puisque ce changement a eu lieu au mois de septembre 2020 (cf. attestation de L.\_\_\_\_\_ Sàrl du 18 mai 2021 et décomptes de prestations de l'assurance-maladie de la recourante). La recourante n'a toutefois pas contesté ce point du rapport et aucun élément du dossier ne jette le doute sur l'amélioration rapportée de son autonomie depuis le mois de mai 2020, de sorte que l'erreur qui porte uniquement sur la date de changement de prestataire ne saurait remettre en question la plausibilité et la fiabilité du rapport. L'évaluatrice a clairement indiqué, pour chaque acte ordinaire de la vie, ce qui ressortait de la demande d'allocation et du questionnaire rempli par S.\_\_\_\_\_ Sàrl. Elle a ensuite systématiquement consigné dans un paragraphe séparé ses observations lors de l'enquête domiciliaire.

Le rapport peut ainsi être considéré comme suffisamment motivé et détaillé, de sorte qu'il constitue une base fiable de décision, et l'autorité de céans ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'évaluatrice, sauf s'il s'avérait évident qu'elle reposait sur des erreurs manifestes.

**b)** Pour accomplir l'acte ordinaire « se lever / s'asseoir / se coucher », l'intimé a retenu que la recourante avait besoin de davantage de temps et d'attention lors des transferts, mais ne nécessitait pas d'aide régulière et importante.

Selon le rapport de S.\_\_\_\_\_ Sàrl du 17 juillet 2020, la recourante avait besoin de l'aide de ses intervenants pour se lever du lit tous les matins. La recourante ne s'est en revanche pas prévalué d'un besoin d'aide pour cet acte dans ses objections au projet de décision. Elle a indiqué dans son acte de recours qu'elle avait « des problèmes pour se lever ». Dans sa réplique, elle a exposé ne plus parvenir à accomplir cet acte, et elle a produit plusieurs pièces. À cet égard, certains de ces documents ont été établis postérieurement à la décision litigieuse ; cependant comme ils ont trait à la situation antérieure à la reddition de ladite décision, ils peuvent être pris en considération (ATF 144 V 210

consid. 4.3.1 et les références citées ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). L'on constate à la lecture du rapport de L. \_\_\_\_\_ Sàrl du 18 mai 2021 qu'une telle aide n'est pas mentionnée. Alors que le Dr J. \_\_\_\_\_ écrivait le 28 août 2020 qu'elle avait des difficultés dans les transferts, il a rapporté le 20 mai 2021 que sa patiente s'était levée et assise sans aide à la consultation, à laquelle elle s'était rendue seule en prenant un train régional et en s'aidant de ses cannes.

Il appert que ces éléments ne sauraient remettre en doute l'appréciation de l'évaluatrice. Tout au plus est-il possible que la recourante ait temporairement eu besoin de davantage d'aide pour se lever de son lit après ses interventions de l'automne 2019, ce qui a éventuellement pu durer quelques mois, mais ne suffit pas à retenir cet acte dans l'examen du degré d'impotence.

**c)** La recourante ne prétend pas qu'elle a besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir l'acte « manger », ce que le rapport d'évaluation a confirmé.

**d)** S'agissant de l'acte « faire sa toilette », l'évaluatrice a opéré une distinction entre le besoin d'aide de la recourante avant et après le mois de mai 2020. Elle a rapporté qu'à partir de cette date, la recourante avait pu développer des stratégies d'adaptation en utilisant différents moyens auxiliaires, comme une brosse à long manche et une planche de bain. L'on rappelle que la recourante n'a pas formulé de grief précis quant au contenu détaillé de l'évaluation, ou à propos de l'amélioration de son autonomie en mai 2020.

En ce que la recourante prétend que l'on ne sait pas de quelles stratégies pour gagner en autonomie il est question, force est de constater qu'elle se fourvoie. L'évaluatrice a au contraire relevé l'utilisation d'une brosse à long manche et d'une planche de bain, ce qui selon toute vraisemblance lui permet de se laver le bas du corps. Certes, cette partie du corps lui est difficile d'accès compte tenu de ses limitations fonctionnelles, soit les mouvements nécessaires à se pencher ou se

baisser, comme cela ressort des certificats médicaux au dossier et des décisions d'octroi de rente d'invalidité. C'est le lieu toutefois de rappeler l'obligation de la recourante de diminuer son dommage (consid. 4f *supra*). L'utilisation d'instruments d'aide adaptés tels que ceux décrits s'inscrit dans cette obligation. Or les documents produits par la recourante ne permettent pas de s'écarter de l'appréciation de l'évaluatrice, selon laquelle ces stratégies rendent possible l'accomplissement de l'acte en question. En effet, le Dr J. \_\_\_\_\_ a simplement exposé que l'aide à la toilette dispensée par l'organisme de soins à domicile était « importante, notamment pour le bas du corps qu'elle ne peut atteindre » (cf. rapport du 20 mai 2021). Il avait précédemment rapporté des « difficultés dans la toilette » (cf. rapport du 28 août 2020). L'attestation des L. \_\_\_\_\_ Sàrl du 18 mai 2021 n'est pas davantage précise, car elle indique « soins de peau 7 jours / 7 ». Ces différentes affirmations ne permettent pas de soutenir que l'aide fournie est nécessaire ou que les moyens auxiliaires utilisés par la recourante depuis le mois de mai 2020 ne suffiraient pas. En outre, l'aide apportée par un organisme d'aide à domicile pour effectuer différents actes partiels relatifs à la toilette ne signifie pas encore que la recourante est incapable de les effectuer de manière autonome, avec davantage de difficulté. Or comme l'a rappelé l'intimé, 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 (cf. consid. 4d *supra*).

S'agissant de la période précédant l'amélioration de son autonomie, il faut constater qu'elle n'a pas duré une année. En effet, selon les indications fournies par S. \_\_\_\_\_ Sàrl le 17 juillet 2020, la recourante ne pouvait pas atteindre ses pieds ou lever ses jambes, ce qui impliquait un besoin d'aide pour entrer dans sa baignoire et pour se laver notamment les pieds. Il n'est pas contesté que la recourante avait besoin d'une aide importante à la suite de ses interventions chirurgicales de l'automne 2019. Toutefois, compte tenu de l'amélioration de son autonomie en mai 2020, voire éventuellement en septembre 2020 si l'on retenait que cette amélioration coïncidait avec le changement de prestataire de soins, la durée du besoin d'aide importante et régulière

n'est pas suffisante du point de vue de l'impotence, compte tenu du délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. consid. 7 *supra*).

**e)** En ce qui concerne l'acte « aller aux toilettes », la recourante ne s'est pas prévalué d'un besoin d'aide dans ses écritures. L'on constatera tout au plus que le Dr J. \_\_\_\_\_ a mentionné pour la première fois dans son rapport du 20 mai 2021 des difficultés qu'elle rencontrerait pour s'essuyer lorsqu'elle va à la selle. Aucun autre élément au dossier ne contient d'indication à cet égard, et les deux organismes de soins à domicile ne l'ont jamais rapporté. La recourante n'en a pas fait état lors de l'évaluation à domicile. Partant, cette unique mention, qui plus est postérieure au refus d'allocation pour impotent, ne permet pas de remettre en cause l'appréciation de l'évaluatrice.

**f)** La recourante ne conteste pas dans ses écritures l'appréciation de l'intimé selon laquelle elle n'a pas besoin d'aide régulière et importante pour « se déplacer et entretenir des contacts sociaux ».

**g)** L'évaluatrice de l'intimé a conclu à l'absence de besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, compte tenu de ses déclarations. Selon le rapport, la recourante organisait seule son quotidien, ses repas et ceux de son époux, entretenait sa cuisine et effectuait quelques petits travaux de nettoyage quotidien. Elle assumait elle-même ses tâches administratives et ses courses dans les commerces de proximité. L'évaluatrice a noté qu'une aide lors de longs déplacements pouvait entrer en ligne de compte et que la recourante nécessitait de l'aide pour l'entretien des sols et des sanitaires, du linge, et pour les « grosses courses ». L'évaluatrice a estimé que l'accompagnement ne pouvait être qualifié de régulier et qu'il ne visait pas à éviter un placement en institution ou un risque d'abandon.

La recourante a fait valoir ses difficultés à faire son ménage et ses courses. Ce faisant, elle n'a pas formulé de critique précise à l'égard de l'appréciation qui précède, ou exposé qu'elle aurait besoin d'une aide extérieure pour ces tâches, durant plus de deux heures par semaine sur

une durée de trois mois. Ses arguments ne jettent ainsi pas le doute sur le contenu du rapport d'évaluation sur cette question non plus.

**h)** Il sied de considérer que la recourante n'a pas besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ni d'une aide importante et régulière pour un autre acte de la vie ordinaire que celui de « se vêtir ». Il n'est pas exclu qu'un tel besoin ait existé, s'agissant de l'acte « faire sa toilette », sans qu'il n'ait persisté à l'écoulement du délai d'attente. La recourante ne prétend par ailleurs pas avoir besoin d'une surveillance personnelle ou de soins permanents.

L'appréciation de l'intimé, selon laquelle la recourante ne présente pas une impotence lui ouvrant le droit à une allocation doit en l'état être confirmée.

Cela étant, on signalera à toutes fins utiles que si sa situation devait s'aggraver, notamment eu égard à l'éventuelle nouvelle intervention chirurgicale annoncée par son médecin traitant, elle serait en mesure de déposer une nouvelle demande d'allocation pour impotent. En effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V210 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_239/2020 précité consid. 7.2.1).

**10. a)** La recourante ayant transmis une réplique à la Cour de céans, sa requête visant à obtenir un deuxième échange d'écriture est devenue sans objet.

**b)** Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une deuxième évaluation de l'impotence au domicile de la recourante, telle que requise, serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par

appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées).

**11. a)** Au vu de ce qui précède, la situation de la recourante – dont il ne s’agit au demeurant pas de minimiser le ressenti – ne lui ouvre pas le droit à une allocation pour impotent. L’intimé était ainsi fondé à rendre sa décision de refus et il s’ensuit que le recours doit être rejeté.

**b)** La procédure de recours en matière de contestation portant sur l’octroi ou le refus de prestations de l’assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l’espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Toutefois, dès lors qu’elle a obtenu, au titre de l’assistance judiciaire, l’exonération d’avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l’État.

**c)** Il n’y a par ailleurs pas lieu d’allouer de dépens, la recourante n’obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**d)** La recourante bénéficie, au titre de l’assistance judiciaire, de la commission d’office d’un avocat en la personne de Me Robert Fox, qui peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d’office. Ledit conseil a déposé le 18 août 2021 le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante, faisant état de 6 heures et 48 minutes consacrées à la présente procédure. Vérifiée d’office, la liste des opérations peut être approuvée. Ainsi, il convient d’arrêter l’indemnité à 1'384 fr. 15, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l’assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**e)** La recourante est rendue attentive au fait qu’elle est tenue de rembourser les frais et l’indemnité provisoirement pris en charge par l’État, dès qu’elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. a, b et 123

CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (DGAIC, auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 23 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'État.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Robert Fox, conseil d'office de P.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 1'384 fr. 15 (mille trois cent huitante-quatre francs et quinze centimes), débours et TVA compris.
  
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Robert Fox (pour Mme P. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :