

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 juin 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Durussel et M. Piguet, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

L._____, à Lausanne, recourante,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 17 LPGa, art. 42 LAI, art. 37, 38, 87 et 88bis RAI

E n f a i t :

A. L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, a été victime d'un accident de la route en 1982 en Equateur. Elle est depuis atteinte d'une paraplégie traumatique au niveau D8, la contraignant à l'utilisation d'un fauteuil roulant. Depuis le 9 juillet 1996, elle est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité.

Depuis le 1^{er} mars 2000, l'assurée est employée auprès du [...], [...] de l' [...], à 50%. Elle a occupé la fonction d'employée d'administration puis de secrétaire au sein du département précité.

Par décision du 28 novembre 2003, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a reconnu le droit de l'assurée à une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} janvier 2000. L'office reconnaissait une aide régulière et importante pour les actes « se vêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer ». Pour l'accomplissement des tâches précitées, l'assurée était notamment assistée par l'organisme La [...], prodiguant soins et aide à domicile.

A la suite d'une dégradation de son état de santé, l'assurée a déposé le 17 juillet 2008 une nouvelle demande d'allocation pour impotent.

Par décision du 27 février 2009, l'OAI a alloué une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1^{er} juillet 2008. Se basant sur une enquête à domicile réalisée le 3 octobre 2008, l'OAI constatait que l'assurée avait également besoin d'aide pour l'acte « aller aux toilettes ».

Par communications des 10 avril 2014 et 15 juillet 2014, l'OAI n'a constaté aucun changement quant aux degrés d'invalidité et d'impotence présentés par l'intéressée. Cette dernière allait dès lors continuer à bénéficier d'une demi-rente d'invalidité et d'une allocation pour impotent de degré moyen.

B. Le 1^{er} avril 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a entamé la révision d'office de l'allocation pour impotent de degré moyen de l'assurée.

Le 22 août 2019, en réponse à un questionnaire de révision de l'allocation pour impotent, l'assurée a indiqué avoir besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, pour se lever, pour s'asseoir et se coucher, pour manger, pour accomplir ses soins corporels, pour aller aux toilettes et pour se déplacer. Elle soulignait également qu'environ huit fois par nuit, elle avait besoin d'aide afin de se tourner dans son lit. Durant la journée, l'intéressée mentionnait devoir rester couchée huit heures par jour. Elle ne pouvait en outre se passer d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie, recevant ainsi l'aide d'amis et des voisins afin de faire les courses et d'assurer la tenue de son domicile.

Entamant ainsi l'instruction des conditions nécessaires à une éventuelle révision de l'allocation pour impotent de l'intéressée, l'OAI a interpellé son médecin traitant, soit le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport du 6 septembre 2019, ce médecin retenait les diagnostics de paraplégie traumatique depuis 1982, de scapulalgies droites en aggravation depuis 2015 et de douleurs neurogènes, également présentes depuis 2015. Ces pathologies induisaient un besoin d'aide régulier et important de tiers pour se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer et entretenir des contacts sociaux. Tant un accompagnement afin de faire face aux nécessités de la vie, de plus de deux heures par semaine, que la dispense de soins permanents s'avéraient nécessaires. Pour le Dr B._____, le besoin d'aide était sous-évalué dans la mesure où l'assurée ne parvenait pas à faire seule un transfert entre son lit, son fauteuil et les toilettes et n'était plus capable de couper ses aliments, se trouvant contrainte de manger couchée matin et soir. Le médecin-traitant constatait une aggravation de son état de santé depuis une chute survenue durant le mois de janvier 2015.

Le Dr B._____ a également transmis à l'OAI plusieurs autres rapports, le premier établi le 28 mai 2019 par le Dr N._____, spécialiste

en chirurgie orthopédique et traumatologie. Ce médecin retenait les diagnostics de scapulalgies droites (tendinopathie du supra-épineux droit) ainsi qu'une paraplégie traumatique avec niveau neurologique D6. Le Dr N._____ relevait que l'assurée avait été infiltrée au niveau sous-acromial, avec un effet restant limité. Elle avait bénéficié de séances de physiothérapie, n'apportant pas d'amélioration sensible. Les douleurs se situaient essentiellement à la face postérieure de l'omoplate droite, sans déficit fonctionnel. Au status, la mobilisation de l'épaule était complète et symétrique, la coiffe restant compétente et peu douloureuse au test de Jobe. La symptomatologie était essentiellement en lien avec les muscles stabilisateurs de l'omoplate droite, expliquant ainsi l'absence d'amélioration à la suite de l'infiltration à l'épaule droite.

Le deuxième rapport produit était l'œuvre du Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du [...]. Ainsi, le 17 août 2017, le Dr V._____ a retenu comme diagnostics une paraplégie traumatique avec niveau neurologique T6 AIS A, des douleurs dans les membres inférieurs d'origine indéterminée, probablement neurogène, d'omalgie droite sur tendinopathie du supra épineux et du subscapulaire à la suite d'une chute dans sa baignoire en janvier 2015 ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire de type I et signes de bursites sous acromio-deltoïdienne. Le Dr V._____ relevait une symptomatologie algique au niveau de l'épaule droite, précisément dans la région du trapèze et du côté médial de l'omoplate droite. L'assurée présentait cette douleur depuis une chute dans sa baignoire intervenue en 2015, sans évolution majeure malgré les traitements entrepris, tant physiothérapeutique que sous la forme d'une injection paravertébrale droite de cortisone.

Confronté à ces nouveaux éléments, l'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assurée, réalisée le 7 janvier 2020. Le rapport correspondant, rédigé le 8 janvier 2020, a fait état d'un besoin d'aide pour les actes suivants : « se vêtir / se dévêtir », « se lever / s'asseoir / se coucher », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer / entretenir des contacts sociaux ». L'octroi de soins permanents et d'une

surveillance personnelle n'étaient quant à eux pas nécessaires. Le rapport en question se terminait comme suit :

« Situation complexe chez une assurée qui a le mérite de maintenir une activité salariale malgré de nombreuses difficultés qui vont en s'aggravant en raison d'une surutilisation des membres supérieurs qui présentent de signes d'usure et de faiblesse.

Le discours de l'assurée n'est pas clair, elle ne bénéficie d'aucun soutien d'un centre de soins à domicile. Les aides sont des voisins, des amis qui interviennent de manière ponctuelle. Le jour de la visite, à 15h30, elle est couchée. A la question de comment elle s'est couchée, elle reste vague et dit que c'est quelqu'un de l'immeuble qui l'aide.

Concernant l'acte de couper la nourriture, l'assurée est formelle, elle ne peut le faire, elle n'en a pas la force. Pourtant, aucun RM évoque des douleurs à l'épaule gauche qui pourrait justifier la difficulté à utiliser sa main gauche pour couper une nourriture tendre. L'assurée est droitrière.

D'autre part, l'assurée ne bénéficie d'aucune aide régulière pour des soins, ni d'une surveillance qui modifierait le droit à l'API. »

Par projet de décision du 10 janvier 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Au vu des renseignements recueillis, une aide supplémentaire était nécessaire depuis 2015 pour exécuter l'acte de « se lever / s'asseoir / se coucher ». Cette modification ne modifiait pas le droit à l'allocation pour impotent, qui demeurait de degré moyen.

Le Dr B. _____ a réagi au projet de décision précité par courrier du 6 février 2020. Il précisait que l'assurée ne parvenait pas à couper sa nourriture en raison d'omalgies également présentes à gauche. L'intéressée avait en outre besoin d'une aide sept jours sur sept pour se lever, se coucher, se vêtir, faire sa toilette et se déplacer, et ce depuis 2008. Il ajoutait que le rapport d'évaluation était incomplet, notamment au chiffre 1.3, dans la mesure où il existait en plus de la dysfonction intestinale une dysfonction de la vessie.

L'OAI a ainsi interpellé son service médical (ci-après : le SMR) qui, par l'intermédiaire du Dr M. _____, a retenu le 11 février 2020 que la tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale n'entraînait pas de limitation fonctionnelle suffisante empêchant l'assurée de pouvoir couper ses aliments. Lors de l'évaluation à domicile, il était indiqué que c'était par

choix de confort que l'assurée prenait ses repas au lit ou s'abstenait de prendre ses repas, sans aucun lien avec l'atteinte rapportée. Il n'y avait ainsi aucune limitation uniforme, régulière et importante.

Au moyen de déterminations parvenues à l'OAI le 14 février 2020, l'assurée a formellement contesté le projet de décision rendu, soutenant en substance qu'elle n'était pas autonome pour se vêtir, préparer ses vêtements, se lever, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes et se déplacer tant dans son appartement qu'à l'extérieur. Elle soulignait qu'une aide régulière et importante était indispensable pour tous les actes précités. Concernant spécialement la nourriture, l'intéressée exposait qu'elle ne cuisinait plus, comptant sur l'aide des collaborateurs de la [...], de ses voisins et de ses collègues pour s'alimenter.

Par décision du 28 février 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. **a)** Par acte du 24 mars 2020, L._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation ainsi qu'au versement d'une allocation pour impotent de degré grave. Elle soutenait qu'elle avait besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie, faisant valoir le besoin d'assistance afin de couper sa nourriture en raison de ses atteintes aux épaules. Des soins permanents étaient également nécessaires. Concernant l'enquête diligentée par l'OAI, elle ne prenait pas suffisamment en compte sa situation depuis sa chute intervenue en 2015, aggravant son état de santé. A l'appui de son recours, l'intéressée a produit un nouveau certificat médical du 20 mars 2020 établi par le Dr B._____. Ce dernier retenait que la recourante présentait une paraplégie traumatique (1982), une escarre fesse droite (1996), un burnout au travail (2007) et des scapulalgies droites puis gauches à partir d'une chute en 2015, associées à des douleurs neurogènes des membres inférieurs, en évoquant les éléments qui suivent :

« La patiente a bénéficié depuis le mois de mai 2019 d'ordonnances de physiothérapie établies par le Dr N._____, spécialiste

orthopédique de l'épaule pour des massages réalisés par les ergothérapeutes deux fois par semaine.

Par ailleurs, les omalgies droites sont importantes en raison d'une tendinopathie du sous-scapulaire et du sus-épineux, avec apparition également d'omalgies gauches dans le cadre de phénomènes de compensation.

Des massages sont indiqués 7 jours sur 7, (ils sont pratiqués deux jours par semaines par les ergothérapeutes et 5 jours par semaine par les employés du CMS « La [...] »).

Il en découle donc que l'on doit admettre que la patiente ne peut plus réaliser certains actes de la vie ordinaire seule, depuis la chute de 2015 et que les soins dont elle doit bénéficier doivent être qualifiés de permanents. »

b) Dans sa réponse du 19 mai 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. L'office retenait que l'intéressée n'avait pas besoin d'aide pour couper ses aliments. Quant aux soins permanents, ils n'apparaissaient pas nécessaires, « La [...] » prodiguant uniquement des soins de base (aide à la toilette, soins de base d'hygiène). L'assurée conservait en outre une certaine autonomie la nuit, restant capable de se tourner seule, au contraire de ses déclarations du 22 août 2019.

c) Répliquant en date du 22 juin 2020, l'assurée a confirmé qu'elle avait effectivement besoin d'aide pour manger. Le personnel de La [...] ainsi que des voisines l'assistaient tous les soirs pour préparer sa nourriture, et non pas uniquement afin de couper des aliments durs. Il lui était impossible de tenir un couteau, de couper des aliments et évidemment de cuisiner. Par ailleurs, les massages aux omoplates prodigués quotidiennement par le personnel de La [...] ainsi que par ses voisines étaient essentiels pour maintenir son état de santé et devaient être considérés comme des soins permanents. Ces massages complétaient les soins hebdomadaires prodigués par une ergothérapeute et par un ostéopathe. A l'appui de sa réplique, l'assurée a produit un certificat médical du Dr N. _____ établi le 14 mai 2020, qui indiquait que l'assurée était au bénéfice d'un traitement conservateur à raison de deux séances d'ergothérapie par semaine et d'une séance d'ostéopathie toutes les trois semaines.

d) Par duplique du 18 août 2020, l'OAI a confirmé ses conclusions. Les soins prescrits par le Dr N._____ étaient loin d'être quotidiens de sorte qu'ils ne sauraient constituer des soins permanents.

e) Par acte du 22 septembre 2020, la recourante a confirmé la nécessité de massages prodigués matin et soir afin de pouvoir être opérationnelle durant sa journée.

f) Par déterminations supplémentaires du 27 novembre 2020, l'assurée a maintenu les conclusions prises à l'occasion de son recours. Concernant l'acte de « manger », elle précisait ne pas être capable de couper des aliments durs, d'ouvrir divers emballages, de se servir à boire, respectivement d'ouvrir des bouteilles d'eau ou de lait. Elle contestait une nouvelle fois les constatations de l'enquêtrice de l'OAI, notamment quant à sa capacité de se déplacer dans son appartement mais également quant au besoin d'aide permanente. Les contrôles des escarres, les massages et la prise de médicaments étaient prodigués quotidiennement. Le personnel de la [...] ou des voisins intervenaient également afin d'administrer correctement les médicaments prescrits.

L'intéressée a produit un rapport d'ergothérapie établi le 26 novembre 2020 par Mme S._____. Cette dernière indiquait que l'intéressée avait besoin d'aide pour pratiquement toutes ses activités quotidiennes, comme faire ses transferts, se faire à manger, ouvrir et fermer des récipients, manger (préparer un repas, couper les aliments, ouvrir une boîte de conserve ou une boîte de nourriture, mettre la nourriture dans une assiette), boire (porter un verre, une tasse, ouvrir une bouteille, porter une bouteille), s'habiller, se laver, ouvrir et fermer une porte, prendre et porter ses affaires, entrer et sortir de l'immeuble, se déplacer à l'intérieur de l'immeuble, cette liste n'étant au demeurant pas exhaustive. Pour l'ergothérapeute de l'assurée, il ne faisait aucun doute que sa patiente avait bel et bien besoin d'aide régulière, le personnel de La [...] et des voisins intervenant quotidiennement. Ce besoin d'aide était motivé par des atteintes aux épaules (droite après une chute en 2015 et

gauche par effet de surutilisation), la praticienne relevant un manque de force et de mobilité dans les deux bras.

g) Réagissant en date du 11 janvier 2021, L'office AI a retenu que les arguments développés par l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. L'OAI constatait notamment qu'à aucun moment, avant le dépôt de ses déterminations supplémentaires du 27 novembre 2020, l'intéressée n'avait indiqué qu'elle devait prendre des médicaments administrés par autrui.

h) Le 5 février 2021, la recourante a soutenu qu'elle ne saurait être tenue pour responsable de ne pas avoir expliqué les modalités de sa prise de médicaments lors de l'enquête à domicile de l'OAI. Il appartenait en effet à l'enquêtrice d'investiguer cette question. A l'appui de sa prise de position, l'intéressée a produit plusieurs ordonnances détaillant sa médication et sa posologie, trois rapports établis par le Dr V. _____ entre 2016 et 2017 ainsi qu'un rapport médical établi le 25 janvier 2021 par le Dr K. _____, médecin adjoint en paraplégie au Centre suisse des paraplégiques et assurant un suivi régulier de l'assurée.

Le Dr K. _____ retenait les diagnostics de paraplégie sensorimotrice post-traumatique complète sub Th8 (AIS A) sur fracture BWK 8/9 du 29 décembre 1982 (accident de la circulation) et légère scoliose convexe droite (BWK 11 - LWK 5), de dysrégulation autonome avec des dysfonctionnements cardiovasculaires, vésicaux, intestinaux et sexuels, constipation chronique et météorisme, d'escarre de degré II en 1996, de douleurs bilatérales à l'épaule (IRM du 2 avril 2010 : tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite, décollement labial droit, lésion SLAP de type II ; 2015 et 2019 : événements d'automne avec traumatisme à l'épaule gauche également ; IRM du 24 juillet 2015 : tendinopathie du tendon du supraspinatus et du subscapularis, bursite subacromiale, arthrose de l'articulation AC ; fourniture d'un fauteuil roulant électrique en 2011), d'ostéoporose des membres inférieurs inactifs, de rhinite allergique saisonnière ainsi que de douleurs dorsales thoraciques d'origine mixte myofaciale et facettogène. Pour ce médecin,

l'assurée avait besoin d'aide pour la prise de médicaments, l'alimentation, l'hygiène personnelle, l'habillement et le déshabillage, le contrôle de la peau et le transfert au lit. Il constatait également des douleurs intenses et croissantes des deux côtés des épaules, dont le pronostic était défavorable.

i) L'OAI s'est déterminé en date du 23 février 2021 et a confirmé ses conclusions prises précédemment. Les déterminations de l'assurée déposées en date du 5 février n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de la décision attaquée.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante, au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen, à une allocation pour impotent de degré grave.

3. 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.

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. 1 RAI, la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité. Selon 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.

b) 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 décision initiale 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).

4. 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 (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). 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 (al. 3, 1^{ère} phrase).

5. 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) 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) 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).

6. a) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2015, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références).

b) De manière générale, n'est pas réputé apte à l'accomplissement d'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 ; 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4).

aa) 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. 8011 CIIAI).

bb) Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie 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. 8026 CIIAI).

cc) 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). 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).

7. a) La notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. 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 prestation d'aide médicale ou sanitaire rendue 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 (TF 9C_809/2015 du 10 août 2016 consid. 5.2), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (ch. 8035 CIIAI ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 33 ad art. 42 LAI, p. 607)

b) Quant aux soins permanents au sens de l'art. 37 al. 1 RAI, ils ne se réfèrent pas aux actes ordinaires de la vie, mais comprennent des prestations d'aide médicale ou infirmière qui sont nécessaires en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré et qui sont prescrites par un médecin. Les soins permanents ou les prestations d'aide médicale ou infirmière comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (ATF 107 V 136). Les prestations d'assistance doivent être fournies pendant une période assez longue et non pas seulement passagèrement, par exemple en raison d'une maladie intercurrente. La préparation de médicaments (par exemple pilulier) ne suffit pas à elle seule à caractériser un besoin d'aide dans le domaine des soins permanents. Le besoin d'aide ne doit être reconnu que lorsque l'assuré a besoin d'une aide directe ou indirecte pour la prise de médicaments (surveiller ou donner des indications à

chaque prise ; cf. ch. 8032 ss CIIAI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 42 ad. art. 42 LAI, p. 611).

9. a) Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

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).

10. a) S'agissant tout d'abord de la problématique physique, spécialement les omalgies rapportées par les différents médecins consultés, on observe que concernant l'épaule droite de l'assurée, le Dr N._____, dans son rapport du 28 mai 2019, ne retient aucun déficit fonctionnel et constate une mobilisation complète et symétrique de l'épaule droite à l'examen. Cela étant, il n'existe aucun rapport médical relatif à un examen clinique pratiqué entre le 28 mai 2019 et la date de la décision litigieuse qui s'inscrit à l'encontre de ses observations. En particulier, le Dr B._____ n'avance aucun argument objectivant une quelconque péjoration de la tendinopathie droite, ni ne rend compte d'un constat clinique, que ce soit en relation avec les omalgies droite ou gauche, permettant de constater une perte de mobilité, respectivement de force, telle qu'elle induirait des limitations fonctionnelles importantes. Quant au rapport du Dr K._____, il ne peut en être tenu compte dans la mesure où ce dernier intervient postérieurement à la décision litigieuse.

b) Concernant l'aide requise par l'assurée pour couper des aliments, litigieuse en l'espèce, il sied de rappeler qu'il n'y a pas d'impotence si l'assuré n'a besoin de l'aide directe d'autrui que pour couper des aliments durs, car de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours et l'assuré n'a donc pas besoin de cette aide de façon régulière ni dans une mesure considérable (arrêt TF 8C_30/2010 du 8 avril 2010 ; cf. CIIIAI ch. 8018). En revanche, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut pas du tout se servir d'un couteau (et donc pas même se préparer une tartine, arrêt TF 9C_346/2010 du 6 août 2010 ; cf. CIIIAI ch. 8018).

La recourante allègue qu'elle n'est pas capable de couper des aliments durs, d'ouvrir divers emballages, de se servir à boire respectivement d'ouvrir des bouteilles d'eau ou de lait. A la lecture du dossier, on constate que l'enquête à domicile diligentée par l'OAI ne permet pas d'appréhender précisément les compétences résiduelles de l'assurée concernant l'acte de « manger ». En effet, l'enquêtrice se borne à constater qu'il « semble que l'assurée puisse couper une nourriture normale ». On peut également douter, au contraire de l'intimé, que le fait que la recourante reste au lit le soir, et se trouve ainsi contrainte de se nourrir alitée, soit uniquement motivé par des considérations de confort, l'intimé reconnaissant spécialement le besoin d'aide pour l'acte de se lever. Cependant, comme l'indique la jurisprudence développée précédemment, des aliments durs ne sont pas consommés tous les jours. Dans le cas d'espèce, la recourante reste capable de se déplacer à l'aide d'un fauteuil non-automatisé et d'écrire sept pages de déterminations manuscrites (prise de position du 10 février 2020). Il apparaît ainsi difficilement imaginable que la recourante soit incapable de tenir un couteau afin de confectionner des mets simples ne nécessitant que peu de préparation, cette incapacité n'étant par ailleurs pas précisément objectivée au niveau médical.

Ainsi, au vu de ce qui précède, le besoin d'aide n'est pas réalisé pour les six actes ordinaires, de telle sorte que la première condition cumulative à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave n'est pas réalisée. La non-réalisation de cette condition n'est pas en soi déterminante dans l'allocation pour impotent de degré grave, la condition des soins permanents ou de la surveillance personnelle faisant également défaut.

c) S'agissant du besoin de soins permanents allégué par la recourante, il sied en premier lieu de rappeler qu'il doit s'agir de soins consistant en prestations d'aide médicale ou infirmière prescrits par un médecin. En l'occurrence, les massages visant à soulager les épaules de la recourante sont soit prodigués par un médecin, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale ainsi qu'en médecine manuelle à l'occasion

d'une consultation mensuelle, soit constituent des soins délégués à une ergothérapeute, en l'occurrence par le Dr N._____, et sont également dispensés en cabinet.

S'agissant en revanche des massages prodigués à domicile par les voisins, voisines ainsi que par les collaborateurs de La [...], ils ne font pas l'objet de prescriptions médicales expresses, le Dr B._____ mettant seulement en évidence leur indication. On constate ainsi que la recourante ne produit aucune ordonnance ou de certificat allant dans ce sens, ni de pièces attestant de facturation de telles prestations au titre d'aide médicale ou infirmière par La [...]. S'il est vrai que la recourant bénéficie d'un suivi par cet organisme, comme l'en atteste le planning hebdomadaire produit, il apparaît que La [...] dispense en faveur de la recourante des soins de base, consistant essentiellement en une aide à la toilette, à la toilette au lit, une aide à la douche, l'aide à l'habillage ou encore le contrôle de la prise de médicament (cf. [https:// \[...\] /soins-de-base-2](https:// [...] /soins-de-base-2)). Ces soins de base ne sont pas de nature médicale ou infirmière, les prestations contenues dans les soins de base correspondant à l'aide nécessaire pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie préalablement retenus.

d) Concernant la problématique de la prise de médicaments, l'assurée soutient qu'elle nécessite de l'aide afin d'aller se procurer les médicaments prescrits, pour leur préparation, soit de les mélanger dans l'eau tiède ou de les découper, enfin pour le respect d'une posologie stricte concernant la prise de Tramal®.

S'agissant de l'aide afin de se déplacer pour aller se procurer les médicaments nécessaires, cette aide est préalablement prise en compte dans l'acte de se déplacer, retenue par l'intimé depuis l'année 2003. Concernant ensuite l'incapacité alléguée d'effectuer une préparation dans de l'eau tiède, de couper des gélules ou encore de respecter une posologie stricte, on relève qu'à l'instar de la problématique liée à l'acte « manger », aucun élément médical ne constate une impossibilité fonctionnelle à réaliser les actes de préparation décrits par la

recourante, qui somme toute ne sont pas de nature à solliciter de manière excessive les membres supérieurs.

e) Finalement, on constate que ni la recourante ni les médecins traitants n'allèguent la nécessité d'une surveillance personnelle.

f) Sur le vu de ce qui précède, les conditions cumulatives à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave ne sont pas réalisées.

11. a) 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 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire (décision du 1^{er} avril 2020), l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

b) 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).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 28 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. 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, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- L. _____,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :