

VD_FINDINFO AI 88/15 - 32/2016 vom 16. Februar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-02-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_88_15_-_32_2016

FR: VD_FINDINFO AI 88/15 - 32/2016 du 16 février 2016

IT: VD_FINDINFO AI 88/15 - 32/2016 del 16 febbraio 2016

Regeste

ALLOCATION POUR IMPOTENT, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, DÉPRESSION, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, ENQUÊTE ADMINISTRATIVE | 42 LAI, 9 LPG, 37 RAI, 38 RAI

Erwägungen

E. 24

et 29 juin 2015. Le Dr W. _____ a rappelé que sa patiente était connue pour des troubles de l'équilibre entraînant des chutes, tandis qu'une insuffisance veineuse des membres inférieurs serait traitée par une prochaine intervention. A son avis, l'assurée s'avérait dépendante de l'aide de ses proches et du Centre Y. _____, tant physiquement que psychologiquement, à défaut de quoi les actes de la vie quotidienne seraient « insurmontables ». Quant à la Dresse N. _____, elle a réitéré en substance ses précédents constats et souligné que « sans la présence de ses enfants et des professionnels du Centre Y. _____, on devrait craindre un isolement important » de l'assurée qui « devrait être placée en foyer thérapeutique, une vie indépendante étant impossible pour elle ». Le 3 juillet 2015 est parvenu à la Cour de céans un courrier du Centre Y. _____ du 30 juin 2015, libellé notamment en ces termes : « [...] En ce qui concerne les activités de la vie quotidienne (AVQ), [l'assurée] a besoin du soutien et de l'aide de son entourage pour les déplacements, les transferts (sortir du lit, rentrer dans la baignoire, se lever...), l'habillage, la toilette. Mme souffre de douleurs chroniques à la nuque et de vertiges, amplifiés lors d'angoisses. Mme ne sort pas seule de son logement, les risques de chute sont importants. Sa mobilité restreinte engendre des problématiques physiques, en lien avec ces symptômes qui pourraient être d'ordre vasculaires. Les objectifs restent centrés sur l'autonomie de Madame dans ses AVQ. En cinq ans, Mme a gentiment réussi à accepter de l'aide et à faire face aux regards des autres (« se sent jugée comme folle »). Elle a pu notamment accepter des sorties extérieures avec un thérapeute, ce qui n'aurait pas été le cas sans un soutien thérapeutique. En effet, Mme bénéficie d'entretiens thérapeutiques hebdomadaires consistant à effectuer un travail sur ses peurs, angoisses et la gestion de son stress. La gestion du semainier par le Centre Y. _____ et ses enfants permet d'éviter les risques de passage à l'acte lors de situations de crise. » L'OAI s'est déterminé sur le courrier et les derniers rapports des médecins traitants de l'assurée par écriture du 28 septembre 2015, relevant que ces documents n'apportaient aucun élément nouveau dans la présente cause. Il a rappelé que ces pièces devaient être appréciées avec réserve compte tenu du mandat thérapeutique confié à leurs auteurs, à l'inverse du rapport d'expertise du Dr M. _____, lequel devait se voir accorder davantage de poids. L'intimé a ainsi réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours de l'assurée. La duplique précitée de l'OAI a été transmise pour information à la recourante le 1^{er} octobre 2015 et la cause gardée à juger. 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 (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit en cette matière la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. c) In casu, le recours du 1^{er} avril 2015, réceptionné le 7 avril 2015, contre la décision de l'OAI du 5 mars 2015 a été interjeté en temps utile, qui plus est compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte en outre les formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. Sont litigieux le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'AI, singulièrement l'appréciation de sa situation effectuée par l'OAI sur la base de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr M. _____ le 12 septembre 2014, ce au détriment de l'enquête effectuée au domicile de l'assurée le 25 juin 2013 et des différents rapports de ses médecins traitants. Il s'agira en conséquence de déterminer sur quels documents le droit à une allocation pour impotent peut être évalué avant d'examiner dans quelle mesure sont éventuellement réalisées les conditions mises à la reconnaissance d'une impotence au sens des dispositions légales et réglementaires applicables, soit si l'assurée requiert l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, une surveillance personnelle et des soins permanents, et/ou si elle nécessite un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. 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. Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42bis (disposition pour les mineurs) est réservé (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 ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3). L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. 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 nécessité, 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 nécessité, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c). Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou - d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). 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). L'art. 38 al. 2 RAI précise que si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1. En particulier, les activités de représentation et d'administration dans le cadre des mesures tutélaires au sens des art. 398 à 419 du code civil ne sont pas prises en compte (al. 3). b) Selon une jurisprudence constante, 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), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2014, 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). De manière générale, on ne saurait réputer 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 106 V 159 consid. 2b). 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 (RCC 1989 p. 228 et 1986 p. 507 ; ch. 8013 CIIAI). 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 117 V 146 consid. 2 ; ch. 8011 CIIAI). 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 (Pratique VSI 1996 p. 182 ; RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p.364) 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 (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI). 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. 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). c) La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé. Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190 consid. 3b, 1980 p. 64 consid. 4b). La nécessité de surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même, soit des tiers (ch. 8035 CIIAI). d) Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il 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 (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). 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 [Tribunal fédéral] 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et références citées). L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité 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). Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par-là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI). Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8048 CIIAI). e) On ajoutera

que, 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 (RCC 1989 p. 228 et les références citées ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263). 4. Il convient de déterminer, sur la base des pièces à disposition, si l'intimé était légitimé à nier le droit de l'assurée à une allocation pour impotent. En particulier, on examinera si l'OAI a écarté à bon droit les conclusions de l'enquête à domicile du 25 juin 2013, ainsi que les rapports de la Dresse N._____ et du Dr W._____ au profit du rapport d'expertise psychiatrique du Dr M._____ du 12 septembre 2014 pour statuer sur le droit à la prestation litigieuse. Dans ce contexte, il s'impose de rappeler les principes ci-dessous. 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 LPG), 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 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art.

E. 29

al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). c) Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a qualifié d'essentiel le fait qu'il ait été élaboré par une personne compétente qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a en outre lieu de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide 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 actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, 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). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3). Ce n'est qu'à

titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie (cf. Michel Valterio, op. cit., n° 2264 p. 610). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats d'une enquête et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 ; TF 9C_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2). d) Afin de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 5. In casu, il s'impose de constater sur le plan strictement somatique qu'en dépit des importantes douleurs et des vertiges allégués par l'assurée, les nombreux médecins l'ayant examinée ou expertisée n'ont décelé aucune atteinte à la santé objective de nature à expliquer cette symptomatologie. Des investigations neurologiques, orthopédiques et rhumatologiques ont été effectuées à répétées reprises auprès de la recourante sans résultats significatifs depuis 2008. Le Dr C._____ a en effet exclu une « atteinte structurelle majeure du système nerveux » dans son rapport à la Z._____ du 5 juin 2009, tandis que les spécialistes de la Clinique E._____, les Drs F._____ et G._____, ont nié toute « atteinte à la santé physique objectivable » en date du 21 décembre 2009. Quant aux médecins consultés par l'assurée sur recommandation de son ancien médecin traitant, soit les Drs L._____ et J._____, ils ont relaté des examens cliniques dans les normes (cf. rapports de ces praticiens des 2 juin 2010 et 30 juillet 2010). Le nouveau médecin traitant

de la recourante, le Dr W. _____, a pour sa part confirmé l'absence d'atteinte organique à l'origine des troubles de l'équilibre observés chez sa patiente, en particulier du point de vue neurologique et oto-rhino-laryngologique. Il a certes relaté une « insuffisance veineuse des membres inférieurs » (cf. rapport de ce médecin du 24 juin 2015), rejoignant la mention d'une « hypotension orthostatique », telle qu'évoquée par le Dr M. _____ dans son rapport d'expertise psychiatrique du 12 septembre 2014. Cela étant, ainsi que le concèdent au demeurant tant le Dr W. _____ que la Dresse N. _____ (cf. rapports médicaux produits par la recourante, établis par les Drs W. _____ et N. _____ en date respectivement des 24 et 29 juin 2015), cette affection veineuse – quand bien même sévère – est susceptible d'être traitée par une intervention ou une médication spécifique, lesquelles sont exigibles en vertu de l'obligation de l'assurée de diminuer le dommage (cf. supra considérant 3e). Partant, on ne voit pas sérieusement de diagnostic somatique qui serait de nature à fonder l'octroi d'une allocation pour impotence in casu. Or, l'art. 9 LPGA, cité plus haut sous considérant 3a, impose l'existence d'une atteinte à la santé en lien de causalité avec l'impotence alléguée pour permettre l'octroi de l'allocation revendiquée par l'assurée. Faute d'atteinte à la santé objective qui expliquerait ses difficultés à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et, plus généralement, à la gestion de son quotidien, il y a lieu de nier tout droit à la prestation en cause sur la seule base de l'état de santé physique de la recourante. 6. Sur le plan psychique, en revanche, des atteintes à la santé ont été mises à jour par le Dr M. _____ à l'issue des expertises réalisées les 4 novembre 2010 et 12 septembre 2014. a) Ce spécialiste a retenu un « syndrome douloureux somatoforme persistant », accompagné d'un « état dépressif », qu'il a qualifiés d'incapacitants dès août 2010. L'expert a par ailleurs énoncé des limitations fonctionnelles en lien avec ces diagnostics psychiques, soit « réduction de l'énergie, aboulie prononcée, ralentissement idéo-moteur, diminution de l'aptitude à penser, diminution de la confiance en soi, sentiment de perte d'espoir, rapport altéré à la réalité, douleurs » (cf. rapport d'expertise du 12 septembre 2014, p.17). Cela étant, le Dr M. _____ a procédé à une appréciation sans équivoque de l'autonomie de l'assurée dans les actes de la vie quotidienne, estimant que « l'intensification de l'assistance n'[était] pas indiquée », vu que le besoin invoqué ne résultait pas de la pathologie psychiatrique, mais d'une sollicitation excessive de son entourage favorisant en définitive l'infantilisation de la recourante. Une augmentation de l'aide des proches a ainsi clairement été considérée comme « contre-indiquée ». L'expert a enfin répondu par la négative aux questions spécifiques relatives au besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, considérant que les limitations fonctionnelles psychiatriques observées n'engendraient pas des restrictions suffisantes pour envisager un cas d'impotence (cf. rapport d'expertise du 12 septembre 2014, p. 16 ss). b) A cet égard, l'on ne voit pas que les rapports des médecins traitants de l'assurée, les Drs W. _____ et N. _____, soient susceptibles d'ébranler les conclusions convaincantes de l'expert. Les différents rapports de ces praticiens, dont ceux transmis à la Cour de céans, datés des 27 mars 2015, 24 et 29 juin 2015, se limitent pour l'essentiel à rapporter les plaintes et déclarations de la recourante, sans que des éléments nouveaux ou inconnus de l'expert n'eussent été révélés à ce stade. Les diagnostics psychiatriques évoqués rejoignent en effet les constats du Dr M. _____, tandis que les conclusions des médecins traitants apparaissent teintées de l'empathie caractéristique de leur relation avec l'assurée. Quant au courrier du Centre Y. _____, réceptionné par la Cour de céans le 3 juillet 2015, il ne saurait fonder l'examen du droit à la prestation querellée dans la mesure où il n'émane pas d'un médecin. c) En outre, on

rappellera que l'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assurée qui a donné lieu au rapport du 4 juillet 2013. Ce document, s'il fait certes état d'un compte-rendu circonstancié des troubles et des difficultés affectant le quotidien de l'assurée, se limite à rapporter les déclarations de cette dernière et de sa fille quant aux motifs justifiant l'assistance requise et son étendue. Par ailleurs, l'enquêtrice de l'OAI a conclu à la nécessité d'avis médicaux complémentaires avant de statuer sur le bien-fondé du besoin d'aide allégué, vu ses doutes quant à l'impact effectif des limitations fonctionnelles psychiques consécutives aux diagnostics retenus (cf. p. 6 et 7, ch. 5 et 6, du rapport d'enquête du 4 juillet 2013). Sans remettre en question l'exhaustivité des observations consignées par l'enquêtrice de l'OAI, le rapport d'enquête à domicile apparaît ainsi inadéquat pour procéder en toute objectivité à l'examen des critères mis à la reconnaissance d'une impotence dans le cadre d'une problématique exclusivement psychique. La recourante ne peut dès lors en tirer aucun argument à son avantage dans la mesure où il s'agit d'écarter le rapport d'enquête à domicile du 4 juillet 2013 dans l'examen du droit à l'allocation pour impotent, ce conformément à la jurisprudence fédérale énoncée ci-avant sous considérant 4c. d) On ajoutera que le rapport d'expertise du Dr M. _____ du 12 septembre 2014 remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels, rappelés plus haut au considérant 4d pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce document décrit en effet exhaustivement les éléments pertinents de l'anamnèse de la recourante, ainsi que les plaintes alléguées, tout en exposant par le détail les constats cliniques objectifs. Exempt de contradiction, il fournit des réponses claires aux questions posées, lesquelles sont motivées à satisfaction. Partant, l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir écarté les observations de son enquêtrice et les conclusions des médecins traitants de l'assurée au profit du rapport d'expertise du Dr M. _____ pour fonder son examen du droit à une allocation pour impotent. 7. Il découle au demeurant dudit rapport que l'assurée ne peut se prévaloir d'une assistance à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ni d'un besoin de surveillance ou de soins permanents, ni davantage d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, à l'instar de ce qu'a retenu l'OAI dans la décision querellée. Le droit à une allocation pour impotence doit donc manifestement être nié. 8. Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 5 mars 2015. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de la recourante qui succombe. b) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante, au demeurant non représentée par un mandataire professionnel, ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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