

## **VD\_GERICHTE ZD19.037354 vom 19. April 2021**

VD Tribunal cantonal, 2021-04-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD19.037354](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.037354)

FR: VD\_GERICHTE ZD19.037354 du 19 avril 2021

IT: VD\_GERICHTE ZD19.037354 del 19 aprile 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

septembre 1998 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en raison d'un lupus érythémateux disséminé (parfois cité ci-après : LED), de rhumatismes et d'une fatigue chronique. Par décision du 5 avril 2001, l'OAI a rejeté ladite demande, faute d'atteinte à la santé invalidante entraînant une limitation de la capacité de travail comme ouvrière ou esthéticienne. Il a reconnu à l'assurée un statut de personne active à 100 %, lequel est resté inchangé au cours des procédures ultérieures. Cette décision est entrée en force. B. Le 18 juillet 2001, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 13 mai 2002. Cette décision est entrée en force. C. Saisi d'une nouvelle demande de prestations le 9 mai 2003, l'OAI a recueilli divers renseignements médicaux.

- 3 - Ainsi, dans un rapport du 24 octobre 2003, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics incapacitants de trouble anxio-dépressif mixte depuis 2002 (F41.2), d'angoisse de séparation depuis l'enfance (F93.0), de lupus érythémateux disséminé, de syndrome de Reynaud et de status post accident vasculaire par thrombose cérébrale. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait des manifestations psychiques qui accompagnaient souvent le lupus érythémateux, tels que des troubles de l'humeur associés à des états d'anxiété. Le traitement de la maladie somatique nécessitait en outre un traitement médicamenteux lourd impliquant des effets secondaires. S'agissant de la capacité de travail, le psychiatre traitant a estimé qu'une activité lucrative régulière était exclue à long terme en raison de l'évolution imprévisible de la maladie physique associée aux troubles psychologiques. L'assurée restait malgré tout capable d'exercer une activité occupationnelle quelques heures par semaine, tels que des travaux légers de conciergerie ou « manœuvres occasionnelles d'esthéticienne ». Dans le cadre de cette demande, l'OAI a soumis l'assurée à une expertise psychiatrique. Dans un rapport établi le 13 décembre 2005, puis complété le 30 mars 2006, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué – avec répercussion sur la capacité de travail – une dysthymie (F34.1 ; depuis 2001), une personnalité histrionique à traits obsessionnels (F60.4 ; depuis le début de la vie adulte) et des douleurs chroniques dans le cadre d'un lupus érythémateux disséminé (sans activité inflammatoire ; depuis 1994). Il a relevé que le trouble de la personnalité favorisait des crises émotionnelles et les manifestations somatiques de l'angoisse, de même qu'il occasionnait une faible tolérance au stress, à la fatigue et aux douleurs. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 50% en qualité d'ouvrière du point de vue psychiatrique, lorsque le lupus érythémateux ne connaissait pas de poussée inflammatoire. L'expert a précisé que l'incapacité de travail de 50 % tenait compte de la dysthymie, du trouble de la personnalité, des complications somato-psychiques du lupus érythémateux disséminé, de

- 4 - l'impact des effets secondaires du traitement et de la faible capacité d'adaptation psychologique à l'affection rhumatologique. Par décisions des 16 janvier et 30 novembre 2009, l'OAI a octroyé à l'intéressée un quart de rente d'invalidité du 1er décembre 2002 au 28 février 2003, puis une demi-rente dès le 1er mars 2003. Le 2 septembre 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (ci-après : la Cour des assurances sociales), a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision du 16 janvier 2009. D. Au mois de février 2011, l'OAI a entrepris la révision d'office du droit à la rente de l'assurée. Par décision du 13 décembre 2011, confirmée par arrêt du 13 septembre 2012 de la Cour des assurances sociales, le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité a été maintenu. E. Le 11 février 2014, l'assurée a sollicité la révision de son droit à la rente, au motif que son état de santé s'était détérioré. Elle a fait valoir qu'elle connaissait une aggravation de son status artulaire et de son état psychique, avec une péjoration de l'anxiété, une fatigue chronique, des insomnies, des migraines, des phobies et une gastro-entérite. Elle s'est dite dans l'incapacité d'accomplir une bonne partie des tâches ménagères. A l'appui de sa demande, elle a produit un rapport du 7 février 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, allergologie et immunologie clinique, lequel s'est prononcé en ces termes : « Je suis depuis de nombreuses années la patiente susnommée pour un lupus érythémateux systémique marqué essentiellement par des polyarthrites diffuses et un syndrome des anti-phospholipides. Dans ce contexte, la patiente souhaite une réévaluation de son droit à la rente. C'est essentiellement le status artulaire qui s'est aggravé au cours de cette dernière année, résistant à un traitement de Plaquenil de fond de 2 cpr/j., renforcé d'un traitement anti-inflammatoire de Celevrex 2 x 200 mg et de Dafalgan 1 à 4 x 1g/j. Les polyarthralgies/polyarthrites associées à une fatigue chronique

- 5 - contribuent à un état d'épuisement psychologique chez cette jeune mère de famille de trois enfants, dont un de moins de deux ans. L'ensemble de ce tableau contribue à aggraver un état dépressif également connu et qui demanderait que la patiente soit à la fois aidée dans ses tâches quotidiennes par un soutien domestique, (...) » Dans un rapport du 5 mai 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que sa patiente souffrait de lupus érythémateux systémique marqué essentiellement par des polyarthrites diffuses et un syndrome des anti-phospholipides, ainsi que d'un état dépressif chronique, induisant une totale incapacité de travail dans toute activité, dans le contexte d'une lente aggravation. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que sa patiente devait éviter l'usage répété des articulations des mains. Au titre du pronostic, le médecin traitant a fait état d'une lente aggravation. Au cours de la procédure de révision de la rente, sur suggestion de la gestionnaire de l'AI (cf. courrier du 22 avril 2014), l'assurée a déposé le 9 mai 2014 une demande d'allocation pour impotent. Elle a fait état d'un besoin d'aide pour se vêtir, respectivement pour se dévêtir, pour se lever, s'asseoir et se coucher, pour les repas, pour les soins du corps, pour aller aux toilettes, pour se déplacer, ainsi que d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie à domicile comme à l'extérieur. Le 27 juin 2014, dans un « rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI. », le Dr L. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de lupus érythémateux disséminé peu symptomatique sur le plan physique, mais responsable d'un état dépressif chronique avec manifestations psychosomatiques, de dysthymie et de migraines à répétition. Le médecin traitant a précisé qu'à l'heure actuelle, il existait peu de manifestations physiques du lupus érythémateux, en dehors d'une fatigue et de quelques arthralgies banales. Par contre, sa patiente était constamment dépressive, épuisée ; elle présentait des diarrhées à répétition et

des douleurs abdominales, des migraines de plus en plus fréquentes, une aggravation de son anxiété, un retrait social et une agoraphobie. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a

- 6 - encore relevé que l'état de santé de l'assurée rendait impossible la reprise d'une quelconque activité professionnelle, mais n'empêchait pas qu'elle s'occupe de son ménage à 50 %, sans toutefois que sa patiente ne dépende d'autrui au point de recevoir une « rente pour impotence ». A la question de savoir si les indications sur l'impotence données par la recourante à l'OAI correspondaient à ses constatations, le Dr L. \_\_\_\_\_ a répondu par la négative. Interpellé par l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_, a mis en évidence le 7 juillet 2014 que sa patiente présentait un état dépressif chronique, des polyarthralgies, une fatigue intense et des difficultés de sommeil, précisant qu'elle ne présentait pas de signe d'arthrite franche. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la fatigabilité et aux polyarthralgies. Interrogé par l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué le 19 août 2014 qu'il avait besoin de renseignements supplémentaires avant de pouvoir se prononcer sur l'impotence de sa patiente (dossier AI ; tests neuropsychologiques, test de QI ; cf. aussi courrier du 10 octobre 2014). A la suite d'un avis du 12 novembre 2014 du Dr I. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'OAI a informé le Dr C. \_\_\_\_\_ que les tests requis n'étaient pas nécessaires dans un premier temps. Il lui a demandé de remplir le formulaire intitulé « rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI. » Le 2 avril 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un « rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI. ». Au titre des diagnostics, le psychiatre traitant a retenu un trouble panique, depuis l'enfance (F41.0), des phobies multiples, depuis l'enfance (F40.2), des troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission, depuis de nombreuses années (F33.4), des troubles mixtes de la personnalité comprenant des traits appartenant à la personnalité anxieuse, dépendante et histrionique,

- 7 - depuis l'adolescence (F60.0), un lupus érythémateux disséminé, depuis 1998, et un syndrome de Reynaud. A l'anamnèse, le psychiatre traitant faisait état d'un retrait social significatif (difficultés à sortir pour faire les commissions ; patiente qui évite de sortir seule de chez elle en raison de multiples phobies ; peur de sortir au restaurant, d'aller sur une terrasse, même accompagnée ; pas de cinéma ; phobie du noir ; peur de la foule). Quant aux limitations fonctionnelles, le Dr C. \_\_\_\_\_ a observé ce qui suit : A. \_\_\_\_\_ présente selon nous des restrictions importantes physiques et psychiques : en raison de sa fatigue, elle présente un ralentissement psychomoteur. De même, elle peut présenter d'une façon incontrôlée des attaques de panique qui peuvent périlcliter le déroulement d'un travail régulier. Elle se plaint aussi de fatigue. Elle décrit aussi la présence des différentes crises douloureuses notamment mal au ventre ou mal dans les articulations. Compte tenu de ses plaintes, le Dr C. \_\_\_\_\_ avait adressé l'assurée à la Clinique O. \_\_\_\_\_ pour un examen neurologique et neuropsychologique. Il a joint à son rapport deux rapports des 1er décembre 2014 et 21 janvier 2015 du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, selon lesquels les examens n'avaient révélé aucune pathologie du point de vue neurologique et neuropsychologique associée à sa maladie lupique. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente déclarait qu'elle ne pouvait pas travailler, même s'il lui arrivait d'avoir une activité très épisodique de « cosméticienne » (recte : esthéticienne) à domicile. Invité à se prononcer sur la déclaration d'impotence formée par l'assurée, il a répondu ce qui suit : « Il m'est difficile d'observer les manifestations que la patiente a décrites dans sa déclaration sur l'impotence, étant donné mon statut de médecin psychiatre qui ne voit sa patiente que seulement 1 heure environ par mois dans le cadre d'un entretien psychiatrique. Pour cette

raison, il m'est impossible de me prononcer sur cette question. » Enfin, à la question de savoir si l'état de santé de l'assurée pouvait être amélioré par des mesures médicales, le Dr C.\_\_\_\_\_ a répondu comme il suit :

- 8 - « A mon avis, A.\_\_\_\_\_ a besoin d'un suivi psychiatrique intégré, mais étant donné la chronicisation de ses symptômes depuis de nombreuses années, il est illusoire de penser que l'on pourrait obtenir une amélioration significative. De même, A.\_\_\_\_\_ refuse une psychothérapie à raison d'une séance hebdomadaire mettant en avant la distance qui la sépare entre son lieu de résidence ( [...]) et [...]. » Dans un rapport du 17 juin 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, nouveau médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de lupus érythémateux disséminé « symptomatique » (sic), mais responsable d'un état dépressif chronique avec manifestations psychosomatiques, de migraines à répétition et d'hypothyroïdie substituée. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a estimé que l'état de santé de l'assurée était stable d'un point de vue somatique et renvoyé l'OAI à s'adresser au psychiatre traitant au sujet de l'évolution de l'état de santé psychique, dont il admettait néanmoins la péjoration. Il a indiqué que l'intéressée présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis plus de dix ans et qu'une activité adaptée n'était pas possible, ceci en raison de douleurs diffuses importantes couplées à des troubles psychiatriques et à des épisodes de dépression. Interpellé par l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a communiqué le 15 octobre 2015 les dates de ses consultations, à savoir de mars à septembre 2014, à raison d'une fois chaque cinq semaines environ, puis de mars à mai 2015, à la même fréquence. Le 21 janvier 2016, se prononçant sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans le cadre de la révision du droit à la rente, le Dr I.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé ce qui suit : « Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision Al ne fournissent aucun indice d'une amélioration ou d'une aggravation notable de l'état de santé. D'un point de vue médico- théorique, la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision Al. » Aux termes de son rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016, l'enquêtrice de l'OAI a retenu, sous réserve de l'évaluation du médecin du SMR, que l'assurée présentait, depuis 1995, un

- 9 - besoin d'aide régulière et importante uniquement pour les actes « se coiffer », « se baigner/se doucher » et « se déplacer à l'extérieur ». Elle a en outre indiqué ce qui suit : « 4. Indications concernant l'impotence [...] 4.1.1 Se vêtir [...] Sur le questionnaire ce point d'aide est signalé. Le jour de l'entretien il est précisé : Lors de crises articulaires et de douleurs dans les mains (environ 2 à 3 fois/mois selon les précisions de l'assurée). A.\_\_\_\_\_ a de la difficulté à enfiler les chaussettes et les pullovers, est aidée par son mari pour enfiler ces vêtements, si ce dernier travaille, l'assurée précise rester en pyjama. [...] Se dévêtir [...] Idem que pour se vêtir 4.1.2 Se lever [...] Sur le questionnaire ce point d'aide est signalé. Le jour de l'entretien il est précisé : A.\_\_\_\_\_ dit "avoir une sensation de corps lourd le matin, s'assied seule au bord du lit, se lève seule, gentiment avec des pauses". [...] Se coucher [...] Idem que pour se lever malgré des sensations de lourdeurs dans les jambes le soir (œdèmes). [...] 4.1.3 Manger [...] [...] - Apporter les aliments au lit [...] Sur le questionnaire ce point d'aide est signalé. Le jour de l'entretien il est précisé : Occasionnellement lors des crises articulaires (environ 2 à 3 fois/mois selon les précisions de l'assurée), cette dernière reçoit un repas au lit. - Couper les aliments [...] [...] Sur le questionnaire ce point d'aide est signalé. Le jour de l'entretien il est précisé : Idem lors des crises articulaires, aide directe à couper une viande.

- 10 - [...] 4.1.4 Faire sa toilette [...] - Se laver [...] A.\_\_\_\_\_ effectue seule sa toilette intime au prix d'efforts et de douleurs importants. Cette dernière prend un bain tous les soirs. - Se coiffer [...] Aide directe à se coiffer. A.\_\_\_\_\_ dit ne pas pouvoir se coiffer en raison des douleurs dans les épaules en levant les MS, des douleurs dans les mains et de la fatigue (ne trouve pas l'énergie pour le faire). Cette dernière dort avec les cheveux attachés pour ne pas avoir besoin de les coiffer quand son mari est absent au travail. - Se baigner / se doucher [...] A.\_\_\_\_\_ doit prendre un bain tous les soirs dans un but antalgique. Aide directe pour rentrer/sortir de la baignoire, une tierce personne la soutient par le bras et l'aide à lever les jambes pour rentrer dans le bain. Aide pour laver/sécher les cheveux. L'intéressée précise ne pas pouvoir lever les bras pour se laver les cheveux et se sécher avec le foehn, ceci est très douloureux au niveau des MS, idem pour lever les jambes. [...] [...] 4.1.5 Aller aux toilettes - Mettre en ordre les habits (avant et après être allée aux toilettes) [...] Sur le questionnaire ce point d'aide est signalé. Le jour de l'entretien il est précisé : La description concerne de la difficulté à s'asseoir sur les WC en raison de douleurs dans les hanches. 4.1.6 Se déplacer[...] [...] - à l'extérieur [...] Aide directe, A.\_\_\_\_\_ est accompagnée dans tous ses déplacements extérieurs. Ceci dans le but de soutenir cette dernière en raison de difficulté à gérer le stress d'inconfort dans la foule, d'angoisses qui l'empêchent de conduire la voiture et de sortir seule et d'un état constant d'épuisement. - Entretenir des contacts sociaux [...] [...]

- 11 - A.\_\_\_\_\_ a tendance à s'isoler et sort peu. Au niveau des contacts avec ses amis dit "c'est mort" en dehors d'une amie proche. Cette dernière, selon ses propos "ne veut pas d'autres contacts que sa famille, aime être seule et en famille, son bonheur c'est ses enfants, mais elle précise qu'elle leur demande juste de ne pas faire de bruit". L'assurée voit régulièrement sa maman et sa sœur. Pas de difficulté pour la lecture, l'écriture, regarde un peu la TV mais ça la fatigue vite. Quand A.\_\_\_\_\_ se sent bien, elle téléphone à ses tantes du Portugal qui la réconfortent et elle précise que ce sont "ses psychiatres". [...] Qui fournit l'aide (concerne points 4.1.1 à 4.1.7) La famille et une amie. [...] 4.2 [...] La personne assurée a-t-elle régulièrement besoin, en raison de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie ? [...] [...] Pas d'accompagnement pouvant être retenu au sens de l'Al. (Cf. Conclusions) [...] 5.

Remarques [...] [...] A.\_\_\_\_\_ perçoit une aide financière, des PC selon elle, pour 13 h de repassage/mois. L'assurée ne nécessitant pas de ces 13 h, le temps restant est utilisé pour des nettoyages, de plus l'aide-ménagère offre 1 h de bénévolat en plus. Le mari aide aussi au ménage, effectue les lessives à la buanderie car l'assurée n'y va pas en raison de son syndrome de Raynaud, il fait froid à la buanderie. Ce dernier sort les poubelles.

A.\_\_\_\_\_ signale qu'elle fait son travail avec des pauses régulières. Les repas sont préparés ensemble avec le mari, le soir pour le lendemain, avec des quantités augmentées et congelées pour d'autres repas. Le mari pèle et coupe les légumes, porte les casseroles et les ustensiles lourds. L'assurée supervise les préparations et gère les cuissons, cette dernière précise que "c'est plaisant de cuisiner". Le mari et les enfants s'occupent de la table puis chacun pose sa vaisselle dans la machine. Le dimanche, quand le mari travaille, A.\_\_\_\_\_ et ses enfants vont manger chez la maman. Des pizzas sont commandées 2x/mois. L'assurée nettoie la plonge, le vitrocéram et balaye la cuisine. Le mari et les enfants passent l'aspirateur. Changement de la literie par le mari et la fille aînée ou l'aide-ménagère. Gestion financière et paiements par le mari. A.\_\_\_\_\_ effectue les courriers ou les dicte à sa fille qui va les écrire. Le mari effectue seul toutes les courses. A.\_\_\_\_\_ achète ses vêtements en étant accompagnée lors des vacances au [...].

- 12 - L'assurée explique qu'elle "consulte le psychiatre par obligation, que ça ne lui apporte pas grand-chose, ne se sent pas aidée, qu'il s'agit juste d'évoquer son enfance douloureuse ce qui provoque de la tristesse, des pleurs et a plutôt tendance à amplifier son état dépressif. De ce fait veut changer de psychiatre, va regarder sur [...]. Cette assurée est au bénéfice d'une ½ rente basée sur un taux d'invalidité de 55 %. Selon l'expertise psychiatrique du 13.12.2005, elle présente une IT de 50 % dans son activité habituelle d'ouvrière avec les LF suivantes : fatigue chronique, troubles du sommeil, peu de résistance au stress, pas de sollicitation trop importante des mains. Dans le cadre de la présente révision, elle allègue une aggravation de son état de santé, mais le SMR estime que la CT est inchangée depuis la dernière décision. Un projet de refus d'augmentation de rente vient du reste d'être notifié le 01.02.2016. Il faut donc continuer à se baser sur une CT de 50 % et les LF susmentionnées. Vu la composante psychiatrique, il y a une discordance entre ce que l'on reconnaît sur le plan médical et le besoin d'aide qui est allégué dans les actes ordinaires de la vie. Au vu des conclusions du SMR du 21.01.2016, il convient de soumettre à nouveau le dossier au SMR afin qu'il se prononce sur le droit à l'API en lien avec les limitations fonctionnelles. Ce qui pourrait probablement permettre de faire le lien ou non avec la situation observée sur place. [...] » A la suite de cette évaluation au domicile de l'assurée, l'OAI a soumis le dossier au SMR. Dans un avis du 16 mars 2016, la Dre P. \_\_\_\_\_ a pris position de la manière suivante : « API Assurée de 40 ans, mariée, 3 enfants, au bénéfice d'une ½ rente pour troubles psychiques dans le cadre d'un LED. Les limitations fonctionnelles reconnues sont une fatigue chronique, des troubles du sommeil, peu de résistance au stress et pas de sollicitation trop importante des mains. L'assurée déclare une aggravation en 2014 dans le cadre de la rente, celle-ci n'étant pas rendue objective médicalement, la situation est restée stationnaire. Dans le cadre de l'impotence, l'assurée déclare nécessiter une aide pour l'acte faire sa toilette depuis 1995, or les limitations fonctionnelles mises en avant ne sont pas objectivées dans les rapports médicaux à disposition ; pour rappel seul une sollicitation trop importante des mains est admise comme limitations fonctionnelles somatiques depuis 2006. Pour soutenir ces constats, nous avons également le rapport médical du 27.06.2014 du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin traitant, interrogé dans le cadre de l'impotence et qui se prononce clairement au sujet des limitations fonctionnelles somatiques.

- 13 - Besoin d'aide pour les déplacements depuis 1995 : il n'est retrouvé aucune information au dossier quant à un besoin d'aide pour des déplacements depuis 1995, particulièrement dans l'expertise psychiatrique du Dr D. \_\_\_\_\_ du 13.12.2005. Le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre, ne retenait pas troubles phobiques depuis l'enfance dans son rapport du 24.10.2003 et il nous dit seulement que l'assurée a du mal à sortir pour faire ses commissions dans son rapport du 23.06.2015. En conclusion, je ne retiendrais pas le besoin d'aide pour les déplacements, le besoin n'étant pas rendu plausible. » Par projet de décision du 24 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser une allocation pour impotent. Par courrier du 4 avril 2016, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. Elle a fait valoir que les diagnostics psychiatriques avaient évolué. Elle a produit un rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 30 mars 2016, estimant que celui-ci mettait en avant de nouvelles atteintes, ainsi que l'aggravation des atteintes préexistantes. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué que sa patiente se plaignait de ne plus pouvoir assurer les tâches ménagères. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Dans un avis du SMR du 11 mai 2016, la Dre P. \_\_\_\_\_ a estimé que le dernier rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments objectivant

une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée. Les diagnostics et la description clinique du psychiatre traitant démontraient plutôt une chronicisation des symptômes depuis de nombreuses années. Elle a rappelé que le Dr I. \_\_\_\_\_ du SMR avait déjà pris en compte le rapport du 23 juin 2015 du Dr C. \_\_\_\_\_ dans son avis du 21 janvier 2016 relatif à la révision du droit à la rente. L'évaluation neuropsychologique et neurologique à laquelle s'était soumise l'assurée n'avait au demeurant pas mis en évidence de pathologies. Par décision du 12 mai 2016, l'OAI a confirmé son refus d'octroyer une allocation pour impotent. Il a estimé que la visite à domicile, réalisée le 15 février 2016, et que les renseignements obtenus au cours de l'instruction de la demande d'allocation pour impotent montraient que l'assurée n'était pas tributaire d'une aide régulière et

- 14 - importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie. En outre, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de 2 heures par semaine en moyenne sur une période d'au moins de trois mois n'était pas prouvé. Par décision du 19 mai 2016, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, en se fondant sur les avis des 21 janvier, 16 mars et 11 mai 2016 de la Dre P. \_\_\_\_\_ du SMR. Le 23 mai 2016, l'assurée, représentée par Me Charles Guerry, a contesté la décision du 12 mai 2016 (refus d'octroyer une allocation pour impotent), se prévalant d'une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où le rapport de l'enquêtrice ne lui avait pas été transmis par l'OAI. Le 2 juin 2016, l'OAI a transmis l'intégralité de son dossier à Me Guerry. Par courrier du lendemain, l'OAI a admis que le rapport d'enquête n'avait pas été communiqué à l'avocat précité. Il lui a fixé un nouveau délai pour compléter ses objections. Le 5 juillet 2016, le conseil de l'assurée a complété ses objections et requis la suspension de la procédure concernant la demande d'allocation pour impotent jusqu'à droit connu sur la décision concernant la révision de la rente AI. Le 8 juillet 2016, l'OAI a suspendu la procédure concernant la demande d'allocation pour impotent jusqu'à droit connu sur la décision du

## **E. 19**

août et 10 octobre 2014). Le rapport du 2 avril 2015 relate essentiellement les plaintes de l'intéressée (retrait social ; peur de faire les courses ; peur de sortir dans les restaurants et les terrasses non accompagnée ; jamais allée au cinéma, etc.), sans pour autant les confirmer par des constatations objectives. Toutefois à la question de savoir si les indications données par l'intéressée concernant l'impotence correspondaient à ses observations cliniques, le Dr C. \_\_\_\_\_ répond qu'il lui est difficile d'observer les manifestations décrites, étant donné qu'il ne voit sa patiente qu'une heure par mois environ. Il existe ainsi une

- 28 - discrépance entre les plaintes de la recourante et le refus de son psychiatre traitant de les objectiver sur le plan médical. Quant au rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 30 mars 2016, il n'apporte aucun nouvel élément sous l'angle de l'impotence. L'intensité de la psychothérapie (1 heure par mois) permet de relativiser la gravité de la pathologie. Le fait que la recourante entretient des contacts étroits avec sa mère, ses enfants et ses tantes (rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016), ainsi qu'avec une amie, montre aussi qu'une aide importante n'est pas nécessaire sur ce plan. Le rapport de la Dre R. \_\_\_\_\_ du 23 novembre 2018 n'apporte pas de nouveaux éléments. Cette psychiatre évoque des « difficultés à gérer certaines situations de la vie quotidienne ». Leur intensité n'est toutefois pas décrite par cette dernière. Au contraire, dès lors que les limitations fonctionnelles sont les mêmes, la situation semble plutôt stationnaire. On ignore également tout du traitement entrepris auprès de cette spécialiste par une patiente qui « consulte le psychiatre par

obligation » et qui révèle que « ça ne lui apporte pas grand-chose » (rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016). Dès lors, il n'est pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la pathologie soit à ce point importante qu'elle nécessite un besoin d'aide important pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux. e) Quant au besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (art. 38 al. 1 RAI), le rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016 mentionne que la recourante participe aux tâches ménagères et à la correspondance. Ces éléments sont à placer dans le contexte familial favorable décrit par l'intéressée et contribuent sans doute à la qualité de la vie familiale. Sous réserve des décompensations arthralgiques ponctuelles, la recourante est autonome dans les actes de la vie quotidienne ; elle ne présente au demeurant pas de troubles cognitifs

- 29 - (cf. rapports des 1er décembre 2014 et 21 janvier 2015 du Prof. M. \_\_\_\_\_). La recourante ne saurait se fonder sur le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2014 (et non sur celui du Dr B. \_\_\_\_\_ du 7 juillet 2014 cité par erreur dans le recours du 21 août 2019, p. 20) pour rendre vraisemblable un isolement progressif. En effet, le Dr L. \_\_\_\_\_ écrit, au moment de recueillir les plaintes de l'intéressée, que sa patiente était constamment dépressive, épuisée, et qu'elle présentait des diarrhées à répétition et des douleurs abdominales, des migraines de plus en plus fréquentes, une aggravation de son anxiété, un retrait social et une agoraphobie. Toutefois, à la question de savoir si les indications sur l'impotence données par la recourante à l'OAI correspondaient à ses constatations, le Dr L. \_\_\_\_\_ a répondu par la négative. Dans son rapport du 2 avril 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_, s'il relate notamment un retrait social significatif, indique qu'il lui était difficile de répondre à la question de savoir si les indications données par l'intéressée concernant l'impotence correspondaient à ses constatations cliniques, dès lors qu'il ne voyait sa patiente qu'une heure par mois environ. Quant au rapport de la Dre R. \_\_\_\_\_ du 23 novembre 2018, il n'établit pas de limitation fonctionnelle psychiatrique pouvant entraîner un risque d'isolement durable, une perte de contacts sociaux et, par-là, la détérioration durable de l'état de santé de la recourante. Un « certain retrait social », tel que décrit par la Dre R. \_\_\_\_\_, n'est pas suffisant. Son rapport ne met au surplus pas en évidence d'aggravation récente du point de vue psychiatrique. La recourante est capable de s'organiser et ne souffre pas, faute d'élément au dossier, d'une atteinte psychiatrique telle qu'elle devrait être placée dans une institution si elle vivait seule à domicile. Par conséquent, il n'y a pas de besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Quant au risque d'isolement durable, il n'est pas compatible avec les déclarations de l'intéressée relatives aux contacts étroits qu'elle entretient avec sa famille et une amie, ainsi qu'avec le

- 30 - maintien d'une activité épisodique d'esthéticienne à domicile. La recourante n'a pas produit de plus ample ou nouvel élément dans le cadre de la présente procédure de recours qui permettraient d'envisager les choses autrement. Dans ces circonstances, l'argumentation retenue par la Dre P. \_\_\_\_\_ dans l'avis SMR du 2 avril 2019 s'avère convaincante. En définitive, la recourante ne requiert ainsi pas d'aide constante, mais uniquement pour des situations ponctuelles, à raison de deux à trois fois par mois. Il n'apparaît pas, à la lumière des pièces du dossier, que l'intéressée aurait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie à raison de deux heures par semaine sur une période de trois mois. e) Les avis de la médecin du SMR qui synthétisent les autres pièces médicales du dossier concordent au demeurant avec ces dernières (cf. consid. 4b/bb supra). Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de les remettre en cause. f)

Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante ne remplit pas les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible. 7. Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et rhumatologique. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3). 8. On constate au surplus que les requêtes concernant les débats publics et l'audition de l'enquêtrice de l'AI ont été retirées (réplique du 10 décembre 2019).

- 31 - 9. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision du 18 juillet 2019 de l'OAI confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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. 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).

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