

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2014

Présidence de Mme BERBERAT, juge unique
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 21 LAI; 14 RAI; 2 OMAI; ch. 9.02 annexe OMAI; ch. 9.01.1 CMAI

E n f a i t :

A. **a)** U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, a déposé en octobre 1993 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel ou d'une rente pour cause de myopathie congénitale auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Cette demande a été rejetée par décision du 16 mars 1995, confirmée par jugement du 28 juin 1995 rendu par le Tribunal des assurances du canton de Vaud (AI 23/95-77/1995).

En juillet 1998, l'assurée a déposé une nouvelle demande en raison de l'aggravation de son état de santé due à des problèmes gastro-entérologiques. Par décision du 12 janvier 2001, l'OAI a nié à l'assurée tout droit à des prestations, confirmée par jugement du 13 mai 2003 du Tribunal cantonal des assurances (AI 59/01-224/2003). Par arrêt du 26 novembre 2004 (I 552/03), le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours formé par l'assurée et a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il ordonne une nouvelle expertise psychiatrique, les experts du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : le COMAI) ne s'étant pas montrés assez affirmatifs sur la question de l'étendue de l'incapacité de travail de l'assurée.

Le 27 octobre 2003, l'assurée a sollicité la remise d'un moyen auxiliaire, soit un scooter électrique, n'étant plus capable de se déplacer à l'extérieur sans un tel moyen de transport. Sur conseil de son médecin traitant, elle a modifié sa demande le 21 novembre 2003, en ce sens qu'elle souhaitait une chaise roulante électrique. A cet égard, l'assurée a produit un devis établi le 26 janvier 2004 par la maison B._____ devisant le fauteuil roulant électrique et ses accessoires à 19'151 fr. 70.

Par communication du 11 janvier 2005, l'OAI a rejeté la demande présentée par l'assurée, en raison notamment de l'absence d'incapacité de travail sur le plan physique.

Compte tenu de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral des assurances du 26 novembre 2004 (I 552/03) et l'opposition formée par l'assurée le 11 février 2005 dans le cadre de sa demande de remise de moyen auxiliaire, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire laquelle a été réalisée par le S._____ (ci-après : le S._____). Dans un rapport du 2 décembre 2005, le S._____ a conclu à l'absence d'incapacité de travail tant sur le plan somatique que psychique, exposant notamment ce qui suit :

« En conclusion, sur le plan somatique général, il n'y a pas d'incapacité de travail à retenir.

Sur le plan neurologique, le présent bilan montre une nuque de bonne mobilité, sans provocation de douleurs ou de paresthésies. L'examen du rachis dorsolombaire est sans particularité si ce n'est quelques douleurs lombaires en flexion antérieure maximale qui reste néanmoins satisfaisante. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées si ce n'est que la patiente se déplace spontanément avec une marche traînante qui n'a pas de caractère neurologique. L'examen des paires crâniennes est sans particularité. L'examen des membres est caractérisé par des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire des quatre extrémités rendant une appréciation exacte de la force résiduelle impossible sans qu'on acquière la conviction d'un franc déficit moteur. Cette apparente faiblesse majeure contraste avec une possibilité de déambulation normale, l'absence d'altération de la trophicité musculaire et une bonne préservation des réflexes tendineux. Les épreuves de coordination et la sensibilité sont également bien préservées. A relever des insertions tendineuses indolores au moment du présent examen.

L'examen neurologique a été complété par un EMG [électromyographie] qui ne révèle pas de signes d'atteinte myogène et/ou neurogène périphérique significative compte tenu des conditions de collaboration (mouvements ébauchés ou mal tenus).

En conclusion, sur le plan neurologique, tout comme lors des examens préalables, le présent bilan ne fait pas la preuve d'une affection neurologique et notamment d'une atteinte musculaire expliquant les plaintes formulées par la patiente.

Du point de vue strictement neurologique, il n'y a donc pas d'indication à d'autres investigations complémentaires ni à un traitement spécifique. S'agissant de la capacité de travail, sur un plan strictement neurologique, la capacité de travail est complète.

Sur le plan psychique, il n'y a pas de psychopathologie particulière à retenir. L'assurée elle-même ne reconnaît aucun état dépressif ou anxieux, il n'y a aucun élément en faveur d'une pathologie sous-jacente, notamment dans le registre psychotique. L'assurée frappe par contre par son discours d'invalidé qui est devenu central, figé,

redondant, totalement discordant avec la réalité de l'observation. On notera par ailleurs, que Madame U._____ a un réseau social et reçoit l'aide de son entourage. Elle s'est installée dans son comportement d'invalidé (processus d'invalidation) et ne semble pas prête à vouloir en sortir. On ne retrouve par ailleurs pas d'argument en faveur des divers diagnostics mentionnés, ce que ce soit la neurasthénie (de toute manière non invalidante), la personnalité obsessionnelle ou phobique (rarement invalidante).

La capacité de travail est entière ».

Par décision sur opposition du 23 janvier 2006, l'OAI a confirmé le refus d'octroyer un fauteuil roulant électrique à l'assurée. Se référant au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 2 décembre 2005, il a considéré que sur le plan médical rien ne justifiait l'emploi de moyens auxiliaires dès lors qu'aucune invalidité n'avait été reconnue.

Faisant suite à la décision de renvoi du Tribunal fédéral des assurances et à l'expertise pluridisciplinaire, l'OAI a, par décision du 9 février 2006 confirmée par décision sur opposition du 11 décembre 2007, refusé le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Le 29 février 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de moyen auxiliaire tendant à l'octroi d'un fauteuil roulant électrique, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, souffrir de problèmes cardiaques et d'une maladie musculaire chronique depuis l'enfance, cette dernière pathologie s'étant aggravée avec les médicaments et les années.

Dans un rapport médical du 20 mars 2008 adressé à l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et hématologie, médecin traitant de l'assurée, a posé comme diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail une invalidité psychiatrique totale et une personnalité psychotique avec troubles délirants. Il s'est essentiellement référé à un rapport psychiatrique du 4 décembre 2007, faisant suite à des consultations de l'assurée, établi par les Dresses J._____ et G._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante au Centre de consultation psychiatrique et psychothérapeutique du N._____ (ci-après : le N._____), lesquelles ont notamment relevé ce qui suit :

« [...]

Les différents examens pratiqués jusqu'à ce jour n'ont permis ni de mettre en évidence une atteinte cardiaque ou musculaire, ni de rassurer la patiente qui fait part de son incompréhension devant l'attitude des médecins et de l'Al. Ce sont ces critères, de même que la conviction inébranlable de souffrir de maladies physiques malgré l'impossibilité de les mettre en évidence qui nous font retenir le diagnostic de trouble délirant de type somatique.

[...]. Pour préciser le diagnostic, nous avons soumis Mme U. _____ à des tests projectifs le 27.11.2007 qui ont permis de conclure à une personnalité psychotique franche avec des angoisses de morcellement et de persécution massives. Ces conclusions sont compatibles avec le diagnostic clinique de trouble délirant.

Cette atteinte psychique est très handicapante comme en témoigne la désinsertion professionnelle de Mme U. _____ et ses difficultés relationnelles. Les journées de Mme U. _____ sont rythmées par les siestes. Le moindre effort lui est pénible : elle ne peut, dit-elle faire sa lessive, nettoyer l'appartement, elle peine à porter les sacs d'ordures ménagères et ne peut prendre une douche qu'assise sans pouvoir, par manque de force mettre de la crème par exemple. Le matin, après sa douche, elle retourne se coucher parfois sans avoir pu prendre le petit-déjeuner. A midi, elle devrait se contenter de manger du fromage et une tomate crue, son manque d'énergie l'empêchant de cuisiner. Si elle arrive à sortir pour faire des courses ou aller à la poste, elle se couche en rentrant.

Tout ceci nous fait penser que Mme U. _____ a une incapacité de travail totale, ceci probablement de longue date. Il est difficile d'imaginer une activité professionnelle chez une personne qui peine à prendre soin d'elle et a des difficultés à gérer ses activités quotidiennes. Par ailleurs, le pronostic d'un trouble délirant de type somatique est réservé et il empêche pratiquement, par sa nature même, une psychothérapie, la patiente ne se reconnaissant aucune maladie psychique ».

Dans un rapport médical du 27 mars 2008 adressé à l'OAI, les Dresses J. _____ et G. _____ ont posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un trouble délirant de type somatique existant probablement depuis l'enfance. Les médecins ont notamment indiqué que le pronostic restait extrêmement réservé du fait de l'évolution rapide de cette maladie qui dure depuis l'adolescence et de la difficulté pour l'assurée de reconnaître qu'il s'agit d'un trouble psychique et non physique par la nature même de la maladie. Elles ont ajouté ne pas pouvoir se prononcer sur les travaux encore exigibles de l'assurée compte tenu des limitations dues à son état de santé, étant donné qu'elles n'avaient pas examiné physiquement la patiente.

Par projet de décision du 28 juillet 2008, confirmée par décision du 8 septembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a relevé que le diagnostic retenu dans le rapport du Centre de consultation psychiatrique et psychothérapeutique du N._____ n'était pas étayé et qu'il n'y avait pas de critères objectifs à mettre en évidence, ajoutant qu'il reposait sur des données anamnestiques qui se retrouvaient dans les différents documents du dossier de l'assurée. Il a considéré que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante et qu'elle était à même d'exercer une activité lucrative à plein temps.

c) Le 10 février 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, précisant que son invalidité ne devait être évaluée qu'au regard de ses problèmes physiques, notamment en lien avec ses graves et chroniques problèmes musculaires et cardiaques.

Par avis médical du 8 mars 2010, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est prononcé sur le dossier de l'assurée et a recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Au vu de ses éléments, l'OAI a mandaté le Centre d'expertises du Département de psychiatrie du N._____ en vue de réaliser une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans leur rapport d'expertise du 20 juillet 2011 faisant suite aux entretiens avec l'assurée les 12 août, 31 août et 28 septembre 2010, le Dr W._____, médecin associé, et la Dresse M._____, médecin hospitalier, ont notamment relevé que les graves troubles psychiatriques de l'assurée entraînaient une incapacité de travail totale, et ce quel que soit le domaine professionnel.

Dans un document intitulé « détermination du statut (part active/part ménagère) » complété le 10 octobre 2011 à l'attention de l'OAI, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100%, par intérêt.

Par projet d'acceptation de rente du 14 juin 2012, confirmée par décisions des 5 et 26 novembre 2012, l'OAI a accordé à l'assurée le droit à une rente entière dès le 1^{er} juillet 2010. Il a considéré qu'à partir du 1^{er} octobre 2008, l'assurée présentait une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative. Le droit à une rente entière était alors ouvert dès le 1^{er} octobre 2009, soit après le délai d'attente d'une année. La demande de l'assurée déposée le 5 janvier 2010 étant cependant tardive, les prestations ne seraient par conséquent octroyées qu'à compter du 1^{er} juillet 2010, soit six mois après le dépôt de la demande conformément à l'art. 29 al. 1 LAI.

d) Dans l'intervalle, l'assurée a déposé une nouvelle demande de moyen auxiliaire le 13 décembre 2011 tendant à l'octroi d'un fauteuil roulant électrique en indiquant ce qui suit quant au genre de l'atteinte :

« Problèmes cardiaques ! Atteint[e] d'une maladie chronique du cœur ! Maladie musculaire chronique !!! Grand[e] difficulté aussi de dépl[acement] ! Grand manque de force physique !! Handicap physique ! Incontinence urinaire depuis la naissance. Douleurs musculaires permanentes, jour et nuit ».

Interpellé par l'OAI pour l'établissement d'un rapport médical, le Dr C. _____ a fait état des éléments suivants par courrier du 6 janvier 2012 :

« Remplir ce questionnaire n'a aucun sens pour moi puisqu'à deux reprises déjà l'assurance invalidité a reçu une expertise psychiatrique détaillée, en 2007 et 2011, attestant une invalidité totale pour des motifs psychiatriques. Je joins d'ailleurs un rapport récent du service de neurologie du N. _____ où ces données sont clairement réaffirmées.

Dans ces circonstances tout questionnaire supplémentaire est parfaitement superflu, toutes les raisons sont indiquées pour une invalidité à 100% pour motif psychiatrique ».

Il a également transmis à l'OAI le courrier qui lui avait été adressé le 22 décembre 2011 par les Drs H. _____ et A. _____, respectivement médecin associé et médecin assistant du Service de neurologie du N. _____, lesquels ont notamment exposé ce qui suit :

« **Anamnèse**

Il s'agit d'une patiente qui présente une fatigue importante depuis 15 ans, avec périmètre de marche d'environ 100 mètres anamnétiques avec difficultés dans les activités de la vie quotidienne (n'arrive pas à s'habiller, escaliers difficiles), multi-investiguée, notamment sur le plan respiratoire, cardiaque et neurologique, sans mise en évidence d'une pathologie sous-jacente à la base de cette fatigue chronique. La patiente réfère plusieurs fois avoir une atteinte cardiaque ainsi qu'une maladie musculaire, même après les investigations poursuivies par plusieurs confrères dans des différents domaines. En 2007 une expertise psychiatrique avait conclu à une invalidité totale pour motifs psychiatriques en évoquant une personnalité psychotique avec des angoisses de morcellement et de persécution massive, compatible avec le diagnostic unique de trouble délirant. En 2011 une nouvelle expertise psychiatrique confirme les résultats de celle de 2007, après plusieurs refus de la part de l'assurance AI entre les deux demandes.

[...]

Problème et attitude

Evolution stable, sans que nous trouvions de nouveaux éléments à l'examen clinique par rapport à ses examens précédents, pendant que le bilan extensif déjà effectué s'est néanmoins avéré négatif. L'origine de ses symptômes reste indéterminée, et avec son accord, nous referons une partie du bilan électrophysiologique au mois de janvier 2012 ».

Interpellé à nouveau par l'OAI, le Dr C. _____ a, par courrier du 9 février 2012, indiqué que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié de façon telle qu'un fauteuil roulant était alors médicalement justifié.

Dans un rapport du 23 mars 2012, le SMR s'est déterminé sur le dossier de l'assurée comme suit :

« L'état de santé est inchangé depuis la dernière demande [de fauteuil roulant électrique].

Cette assurée ne présente aucune affection somatique organique susceptible de réduire son autonomie. Les plaintes sont exclusivement en lien avec la pathologie psychiatrique (« trouble délirant hypochondriaque »).

Il n'y a aucune justification médicale à l'octroi d'un fauteuil roulant électrique ».

Par projet de décision du 18 avril 2012, confirmée par décision du 29 mai 2012, l'OAI a refusé d'octroyer un fauteuil roulant électrique à

l'assurée, considérant qu'aucune justification médicale n'existait dès lors qu'elle ne présentait pas d'affection somatique organique.

e) Le 12 juillet 2012, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, indiquant avoir besoin d'une aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans un rapport médical du 15 août 2012, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'asthénie chronique d'origine indéterminée, de suspicion non confirmée de myopathie congénitale, d'incontinence totale et permanente depuis l'enfance, de phobie spécifique chez une personnalité à traits anankastiques et d'hyperactivité bronchique. Quant aux limitations fonctionnelles, il a indiqué la perte progressive de l'autonomie à la marche, l'inconfort majeur pour l'incontinence urinaire totale et la perte progressive de l'autonomie. Il a également relevé que les indications sur l'impotence figurant sur la déclaration d'impotence correspondaient à ses constatations. Il a considéré que l'impotence de l'assurée pouvait être améliorée par des moyens auxiliaires, à la rigueur par un moyen de déplacement auxiliaire pour longue distance, si possible électrique, par du matériel d'incontinence pour incontinence sévère et par un lit électrique d'après le souhait de l'assurée. Il a en outre précisé que l'assurée était incapable d'assumer son ménage, de faire ses courses et de faire ses repas et qu'elle souhaitait une aide à domicile et aux courses, ainsi que la livraison de repas à domicile.

Dans un rapport d'enquête relatif à l'impotence du 4 février 2013 faisant suite à une visite au domicile de l'assurée, l'enquêtrice a tout d'abord relevé qu'aucune aide directe ou indirecte n'était nécessaire pour accomplir les actes ordinaires de la vie, contrairement à ce qui était indiqué dans la demande d'allocation pour impotent, précisant que les réponses positives signifiaient qu'ils étaient accomplis au prix de grands efforts selon les propos de l'assurée. Elle a indiqué que l'assurée avait

besoin d'aide pour accomplir l'acte « aller au toilettes ». Elle a également conclu que l'assurée avait besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, en particulier pour le ménage et les déplacements, à raison de 4 heures par semaine depuis 2008. Elle a expliqué que ce droit à l'accompagnement était justifié chez l'assurée qui bénéficiait depuis plusieurs années de l'aide pour faire le ménage et ses courses (fournie par le centre médico-social jusqu'à l'été 2012 et par sa voisine depuis).

Par projet de décision du 10 juillet 2013, confirmé par une décision du 14 octobre 2013, l'OAI a accordé à l'assurée le droit à une allocation pour impotence légère. Constatant que l'assurée était dépendante de l'aide régulière et importante d'un tiers, depuis de nombreuses années, pour accomplir l'acte ordinaire de la vie quotidienne « aller au toilette » et que son état de santé nécessitait également un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis 2008, il a considéré que les conditions d'octroi d'une allocation d'impotence d'un degré faible à domicile étaient remplies à l'échéance du délai de carence d'un an, soit en 2009. Toutefois, s'agissant d'une demande tardive, les prestations ne pouvaient être accordées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, soit dès le 1^{er} juillet 2011.

B. Le 26 novembre 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de moyen auxiliaire tendant notamment à l'octroi d'un fauteuil roulant électrique. A cet égard, elle a indiqué avoir beaucoup de peine à se déplacer en raison de ses douleurs physiques, musculaires et cardiaques. Elle a également demandé à pouvoir bénéficier d'un soutien financier pour obtenir de l'aide s'agissant de ses soins (massages, application de crème, coiffure), ses repas, son ménage ainsi que pour l'acquisition d'un lit électrique.

Par courrier du 8 janvier 2013, l'OAI a répondu à la demande de l'assurée et l'a informé de ce qui suit :

« Par décision du 29 mai 2012, nous vous avons refusé le droit à un fauteuil roulant électrique. Cette décision n'a pas fait l'objet d'une contestation de votre part, et est dès lors entrée en force.

Après examen de votre dossier, et sur la base des informations médicales, nous constatons que vous ne présentez aucune affection somatique organique, susceptible de réduire votre autonomie. Il n'y a donc aucune justification médicale à l'octroi d'un fauteuil roulant électrique.

Vu ce qui précède, votre nouvelle demande quant à l'octroi d'un fauteuil roulant électrique ne peut être examinée que s'il est établi de façon plausible que votre atteinte à la santé s'est modifiée de manière à influencer votre droit. Dès lors, vous voudrez bien nous fournir un certificat médical, attestant l'aggravation de votre état de santé, justifiant maintenant l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique, pour vos déplacements.

Vous sollicitez également la prise en charge d'un lit électrique. A cet effet, vous voudrez également nous fournir un certificat médical, attestant de la nécessité d'un lit électrique, ainsi qu'un devis d'un fournisseur qualifié.

Ce n'est qu'à réception de ces pièces que nous pourrions examiner si un droit aux moyens auxiliaires ci-dessus peut vous être octroyé.

En ce qui concerne les repas à domicile, les soins, tels que massages, et l'aide au ménage, nous vous informons que ces prestations ne sont pas prises en charge par l'AI. Nous vous laissons les soins de déposer une demande auprès du service des prestations complémentaires de l'Agence communale de [...] ».

Dans un rapport médical du 25 mars 2013 adressé à l'OAI, le Dr P. _____ a fait part des éléments suivants :

« C'est une femme de 56 ans, divorcée et vivant seule dans son appartement. Elle est bénéficiaire d'une rente AI à 100%. Rappelons qu'elle est atteinte d'une asthénie chronique d'origine musculaire associée à des douleurs musculaires chroniques diffuses, au moindre effort, présentes dès l'âge de 12-13 ans. Enurésie voire une incontinence urinaire totale, diurne et nocturne, permanente depuis la naissance, à priori. La marche est précaire, ralentie, difficile, boitillante et à petit pas. Amputation du périmètre de marche, limité à 100 m. Faiblesse musculaire généralisée à M3. Certes, réflexes, sensibilité, coordination et épreuves cérébelleux, dans les normes. Il est vrai aussi qu'il n'existe toujours pas de base somatique objectivable.

Il n'en découle pas moins la réduction de son autonomie avec des difficultés importantes dans les activités quotidiennes pour s'habiller, se faire à manger, assumer ses propres soins corporels. L'atteinte musculaire serait aussi à l'origine d'une réduction progressive de la mobilité. Mme U. _____ est encore capable de se déplacer plus ou moins dans son appartement. Elle a, en revanche, de la peine pour les déplacements à l'extérieur. En l'occurrence, à

monter les escaliers, à utiliser seule les transports en commun, à aller faire ses courses ou ses démarches administratives. Participation non négligeable d'une intolérance à l'effort, à cause d'une hyperactivité bronchique, une anémie ferriprive spoliative et sur bêta-thalassémie mineure.

Quoi qu'il existe de surcroît, un contexte psychiatrique, en termes de phobies spécifiques chez une personnalité à traits anankastiques, compulsifs voire même psychotique avec troubles délirants, il conviendrait, pour palier à l'impotence moteur qui ne cesse manifestement de s'amplifier, de réexaminer le droit, de Mme U._____, aux moyens auxiliaires. Il est principalement, souhaitable à ce titre l'octroi d'un fauteuil roulant électrique afin de permettre les déplacements aisés et sécurisés à l'extérieur ».

Par avis médical du 8 août 2013, le SMR s'est déterminé sur la demande de moyen auxiliaire comme suit :

« **Consultation ultérieure** : Demande d'entrée en matière pour l'octroi de moyen auxiliaire (troisième demande de fauteuil roulant électrique en date du 27.03.2013).

Assurée de 56 ans, Suisse, divorcée, vivant seule. Au bénéfice d'une rente entière depuis 2010 en raison d'un trouble délirant hypochondriaque, rente octroyée après plusieurs demandes et recours (dont deux au TCA [Tribunal cantonal des assurances], un au TFA [Tribunal fédéral des assurances] et après trois expertises). Une API [allocation pour impotence] de degré faible lui a été accordée dès le 01.07.2011 (cf. avis SMR du 04.07.13).

Refus de prise en charge d'un fauteuil roulant électrique en 2006. Deuxième demande en décembre 2011. Sur la base des RM [rapports médicaux] du Dr C._____, (médecine interne) du 06.01.12 et du service de neurologie du N._____, du 22.12.11, cette nouvelle demande est rejetée, l'état de santé étant inchangé et l'assurée ne présentant aucune affection somatique organique susceptible de réduire son autonomie (cf. avis SMR du 23.03.12). En effet, nous retrouvons dans ces RM la description de l'asthénie persistante, multi investiguée et sans base somatique objectivée. Il y est mentionné un périmètre de marche de 100 mètres anamnestiques, des difficultés dans les activités de la vie quotidienne (habillage et escalier) avec à l'examen clinique une marche précaire mais en sécurité, sans aide ou moyen auxiliaire.

Il nous est demandé d'étudier les nouveaux éléments du dossier, et en particulier de nous positionner sur une aggravation de l'état de santé physique de l'assurée.

Nous disposons d'un rapport médical du Dr P._____, (médecine interne générale) du 25.03.13. Ce dernier mentionne qu'il n'existe toujours pas de base somatique objectivable à l'asthénie. Il reprend dans les mêmes termes que ceux du RM du service de neurologie du N._____, de décembre 2011 les éléments anamnestiques et la description de l'examen clinique, et ne décrit pas de péjoration de l'état psychiatrique de l'assurée.

Nous pouvons affirmer qu'il n'existe toujours pas d'élément somatique objectif en cause dans l'atteinte à la santé de l'assurée. De plus, aucune péjoration de son état psychiatrique n'est décrite. Le RM du Dr P. _____ ne nous amène donc pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier les conclusions de l'avis SMR du 23.03.12 ».

Par projet de décision du 3 septembre 2013, confirmée par décision du 14 octobre 2013, l'OAI a refusé l'octroi d'un fauteuil roulant électrique, considérant que l'assurée ne présentait aucune affection somatique organique susceptible de réduire son autonomie et qu'il n'y avait dès lors aucune justification médicale à l'octroi d'un tel moyen auxiliaire.

C. Par acte du 12 novembre 2013, U. _____ recourt contre la décision du 14 octobre 2013 rendue par l'OAI, en exposant ce qui suit :

« Par la présente, permettez-moi de formuler un recours contre la décision de l'Office AI, reçu par voie de courrier, le 14 octobre 2013. Laquelle décision, rejette définitivement ma demande de prestations pour un fauteuil roulant électrique. Rejet dont je conteste l'objectivité et que j'estime, entaché d'un manque de prise en compte flagrante et suffisante de la mesure du degré effectif de mon impotence, principalement induite par ma maladie musculaire. Je souffre en effet d'une fatigue chronique d'origine musculaire associée à des douleurs musculaires chroniques généralisées, au moindre effort, présentes depuis l'âge de 12-13 ans. Certes, l'hypothèse avancée depuis mon enfance d'une atteinte par une myopathie infantile n'a jamais été confirmée aux termes de multiples investigations neurologiques spécialisées. Cela n'enlève en rien le fait que je sois fortement handicapée au quotidien et d'en subir une mauvaise qualité de vie. Par conséquent, je me mobilise difficilement car la marche est précaire, ralentie, boitillante et à petit pas. Il s'en suit une amputation du périmètre de marche, qui est à peine limité à 100 m. Il n'en découle pas moins également la réduction de mon autonomie due aux difficultés importantes dans mes activités quotidiennes pour m'habiller, me faire à manger, et d'assumer mes propres soins [corporels]. Bref, cette atteinte musculaire réduit progressivement ma mobilité. Bien que je sois encore capable de me déplacer plus ou moins dans mon appartement, en revanche j'ai passablement de la peine pour les déplacements à l'extérieur. En l'occurrence pour monter les escaliers, pour utiliser seule les transports en commun, pour aller faire mes courses voire pour mes démarches administratives. J'ajouterais même la participation non négligeable d'une peine à respirer, à cause de mes problèmes cardiaques, bronchiques et d'anémie chronique dus entre autre au fait que je souffre d'une Béta-thalassémie mineure. Sans oublier les inconvénients inhérents à l'énurésie voire incontinence urinaire totale de jour et de nuit,

permanentes que je subi depuis mon enfance, à la base de contraintes d'hygiène surtout lors de mes déplacements à l'extérieur. J'insiste votre honneur, que cette invalidité me limite considérablement pour accomplir plusieurs actes élémentaires de la vie quotidienne. Je dois mine de rien, fournir des efforts incommensurables et qui m'épuisent pour me vêtir et me dévêtir; pour faire ma toilette; aller aux toilettes. Je n'arrive même plus à écrire.

En fin de compte, compte tenu de mes difficultés croissantes pour me déplacer et qui m'empêchent davantage d'établir des contacts avec l'extérieur, je pense pour pallier à mes problèmes d'impotence qui ne cessent manifestement de s'amplifier, qu'il est impératif que j'accède à des moyens auxiliaires. C'est la raison pour laquelle j'ai sollicité à maintes reprises depuis quelques temps un fauteuil roulant électrique ».

Dans sa réponse du 16 décembre 2013, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision.

Par courrier du 15 janvier 2013 (recte 2014) adressé à la Cour de céans et à l'intimé, le Dr U. _____ fait notamment part des éléments suivants :

« La situation psychiatrique bien connue reste stable. Car, elle souffre, pour mémoire, de phobies spécifiques chez une personnalité à traits anankastiques, compulsifs voire même psychotiques. Troubles clairement identifiés par les précédentes évaluations psychiatriques spécialisées.

Quant au plan somatique, force est humblement de reconnaître qu'il manque toujours de base neurologique objectivable. La dégradation de l'état général est cependant réelle, mais demeure néanmoins subjective.

On enregistre d'une part, une intolérance à l'effort non négligeable, en lien, à la fois, avec une hyperactivité bronchique, une anémie chronique mixte sur bêta-thalassémie mineure, associée à un déficit récidivant en fer, outre une cardiopathie hypertensive, secondaire à une hypertension artérielle sévère pour laquelle un traitement hypotenseur reste difficile à mettre en œuvre en raison d'une intolérance médicamenteuse multiple.

Par ailleurs, il y a cette énurésie qui persiste à cet âge avancé de la vie, voire une incontinence urinaire totale de jour et de nuit qui n'a de cesse de constituer pour elle un handicap et un défi majeur. En particulier les contraintes d'hygiène que cela engendre surtout lors de déplacements à l'extérieur qu'elle doit, pour ce faire, restreindre. Dans ce cadre, les frais de couches ont littéralement explosé, en raison d'une consommation exagérée. On lui en reproche un large dépassement du forfait LAMal.

Quoi qu'il en soit, il est évident que la grande partie de l'invalidité de Mme U. _____ provient de l'asthénie chronique d'origine musculaire associé à des douleurs musculaires chroniques généralisées, qui se manifestent au moindre effort.

Certes la péjoration rapportée, de ce point de vue par Mme U._____, reste comme depuis le début subjectif. Elle n'en reste pas moins légitime. Mme U._____ le déplore invariablement depuis plus de 20 ans.

En tout état de cause, déclin progressif majeur de ses performances physiques avec effondrement consécutif de son autonomie vis-à-vis des activités de la vie quotidienne. Au premier chef une mobilité passablement réduite dont la marche est précaire, ralentie, boitillante et à petit pas. Le périmètre de marche est dans ces conditions amputé, limité à environ 100m. En corrélation avec ses difficultés croissantes pour les déplacements à l'extérieur. Elle ne peut plus emprunter des escaliers ni utiliser seule les transports en commun. Elle est incapable d'aller faire ses courses. Elle devrait nécessiter de l'aide pour plusieurs activités élémentaires de la vie quotidienne. Elle affirme, en effet, être obligée de fournir des efforts démesurés et épuisants pour s'habiller ou se déshabiller, faire sa toilette, aller aux toilettes, se faire à manger... etc. Par contre, et je vous l'accorde, il n'existe toujours pas de base somatique objectivable, en particulier sur le plan de l'examen neurologique qui reste immuable.

Mme U._____ se considère, le moins qu'on puisse dire, fortement handicapée au quotidien et stigmatise sa mauvaise qualité de vie. Voilà pourquoi, elle souhaite, accéder à des moyens auxiliaires qui, face à son état pratiquement irréversible, seraient susceptibles d'améliorer tant soit peu son quotidien ».

Dans ses déterminations du 10 février 2014, l'intimé considère que le rapport du Dr P._____ n'apporte pas d'éléments nouveaux, notamment en comparaison de son précédent rapport du 25 mars 2012. Il relève en outre que le médecin lui-même admet l'absence d'élément somatique objectif.

Dans ses déterminations du 17 mars 2014, la recourante sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès d'un expert médical neutre.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux

art. 52 et 58 LPGA, 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.

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique, s'agissant d'une contestation relative à la prise en charge d'un moyen auxiliaire devisé à 19'151 fr. 70, selon le devis du 26 janvier 2004 établi par la maison B._____ (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à l'octroi d'un fauteuil roulant électrique, à titre de moyen auxiliaire.

3. a) Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer

leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (al. 1, let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (al. 1, let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (al. 1bis). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (al. 2).

Aux termes de l'art. 21 LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (al. 1, 1^{ère} phrase). L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral (al. 2).

b) La liste des moyens auxiliaires visée par l'art. 21 LAI fait l'objet d'une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (art. 14 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Conformément à cette délégation, le département a édicté l'OMAI (ordonnance du DFI du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité; RS 831.232.51). L'art. 2 OMAI dispose qu'ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste annexée, les assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (al. 1). L'assuré n'a droit aux moyens auxiliaires désignés dans cette liste par un astérisque (*), que s'il en a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle ou encore pour exercer l'activité nommément désignée au chiffre correspondant de

l'annexe (al. 2). Le droit s'étend aux accessoires et aux adaptations rendus nécessaires par l'invalidité (al. 3).

c) Le ch. 9.02 de l'annexe à l'OMAI prévoit des fauteuils roulants électriques pour les assurés qui ne peuvent utiliser un fauteuil roulant usuel et ne peuvent se déplacer seuls qu'au moyen d'un fauteuil roulant mû électriquement. La remise a lieu sous forme de prêt.

Comme pour tout moyen auxiliaire, la prise en charge d'un fauteuil roulant doit répondre aux critères de simplicité et d'adéquation (art. 8 al. 1 et 21 al. 3 LAI). Ces critères, qui sont l'expression du principe de la proportionnalité, supposent, d'une part, que la prestation en cause est propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaît nécessaire et suffisante à cette fin et, d'autre part, qu'il existe un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité du moyen auxiliaire, compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (TF 9C_265/2012 du 12 octobre 2012 consid. 3.4 et les références citées). La jurisprudence a également souligné à de nombreuses reprises que l'assurance-invalidité n'avait pas pour vocation d'assurer les mesures qui étaient les meilleures dans le cas particulier, mais seulement celles qui étaient nécessaires et propres à atteindre le but visé (TF 9C_265/2012 précité consid. 4.2; ATF 131 V 167 consid. 4.2 et la référence citée).

4. a) En l'espèce, le caractère invalidant de l'atteinte à la santé (trouble délirant hypocondriaque) présentée par la recourante n'est pas contesté, puisque celle-ci a été mise au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du 1^{er} octobre 2010 (par décision du 5 novembre 2012), compte tenu d'une incapacité totale de travail dans toute activité.

b) Toutefois, comme précédemment exposé, le moyen auxiliaire doit être nécessité par l'invalidité. Or, l'affection psychique dont souffre la recourante ne nécessite pas de fauteuil roulant. En effet, le trouble délirant hypocondriaque n'est pas une atteinte propre à entraver la faculté de la recourante à se déplacer. Il sied de préciser que le fauteuil

roulant est un moyen auxiliaire, lequel peut jouer un rôle de complément ou de remplacement « si le corps est privé de certains membres, ou si une fonction ne se fait plus ou est fortement atteinte » (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle 2011, p. 471). Dans le cas de la recourante, aucune atteinte n'a été reconnue sur le plan somatique organique. Les douleurs musculaires dont elle se plaint n'ont pas pu être objectivées - comme l'admet par ailleurs le Dr P. _____ - et aucune incapacité à marcher n'a été attestée sur le plan médical. En effet, il ne ressort du dossier aucune limitation fonctionnelle empêchant la recourante de marcher. Il n'existe dès lors aucune justification médicale à l'octroi d'un fauteuil roulant. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'octroyer à la recourante ce moyen auxiliaire.

Pour le surplus, on peut constater que les rapports médicaux du Dr P. _____ permettent également de confirmer que les conditions de la nécessité mais également de l'adéquation d'un fauteuil roulant ne sont pas remplies. En effet, il se réfère à ce moyen auxiliaire comme à un souhait, une préférence ou une possibilité. En particulier, il a considéré que l'impotence de la recourante pouvait être améliorée par des moyens auxiliaires, « à la rigueur [par] un moyen de déplacement auxiliaire pour longue distance à l'extérieur, si possible électrique de préférence » (rapport médical du 15 août 2012), que l'octroi d'un fauteuil roulant électrique était « souhaitable », « afin de permettre les déplacements aisés et sécurisés à l'extérieur » (rapport médical du 25 mars 2013) et que l'accès à des moyens auxiliaires « seraient susceptibles d'améliorer tant soit peu son quotidien » (courrier du 15 janvier 2014).

c) On rappellera enfin que s'agissant des répercussions de l'atteinte à la santé psychique sur le besoin d'aide d'autrui ou de surveillance personnelle pour l'accomplissement des actes élémentaires de la vie quotidienne, l'intimé a fait siennes les conclusions du rapport d'enquête relative à l'impotence du 4 février 2013, selon lesquelles les troubles en cause permettaient d'admettre que l'assurée réalisait les conditions d'une impotence de degré faible au sens des art. 42 al. 2 LAI et

37 al. 3 RAI. L'allocation ainsi versée tend par conséquent à couvrir tout ou partie de ces frais d'aide ou de surveillance. Au demeurant, on ajoutera que la personne assurée et son entourage ont également le devoir d'aménager, dans la mesure du possible, l'exercice de leurs relations de manière à ce que le système de la sécurité sociale soit le moins possible sollicité (TF 9C_265/2012 précité consid. 4.2; voir également arrêt 8C_315/2008 du 3 juin 2009 consid. 3.4.3, in SVR 2009 IV n° 49 p. 149).

5. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision entreprise maintenue.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 200 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de U._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- U. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :