

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Dormond Béguelin et Rossier, juges assesseures
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 9 LPGA; art. 42 LAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1969, mariée et mère de deux enfants majeurs, a travaillé en qualité d'agent de propreté et d'hygiène auprès du [...] depuis le 1^{er} septembre 2006, au taux de 60%. Le 24 septembre 2009, elle a ressenti une douleur dans le dos en levant un sac poubelle dans le cadre de son travail, déclenchant un blocage.

Une IRM lombaire a été effectuée le 22 octobre 2009, à la suite de laquelle la Dresse C._____, spécialiste en radiologie, a retenu une protrusion discale postéromédiane paramédiane et latérale droite légèrement sténosante en L4-L5 ainsi qu'une protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en L5-S1.

Le 1^{er} juin 2010, l'assurée a consulté le Dr M._____, spécialiste en neurologie, qui l'a soumise à un examen neurologique. Dans un rapport du 4 juin 2010, ce spécialiste a posé les diagnostics de lombalgie dans le membre inférieur droit et de faiblesse au membre supérieur droit d'origine indéterminée.

Le 8 juin 2010, l'employeur de assurée a rempli un formulaire de détection précoce à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), indiquant qu'elle présentait une incapacité de travail à 100% depuis le 28 septembre 2009. Lors d'un entretien le 23 juin 2010, l'intéressée a été invitée à déposer une demande de prestations d'invalidité.

Le 5 juillet 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI, indiquant souffrir depuis le 24 septembre 2009 de douleurs dorsales occasionnant une incapacité de travail totale.

Dans un rapport du 12 juillet 2010 adressé à l'OAI, le Dr J._____, médecin praticien et chef de clinique au département de l'appareil locomoteur du [...], a posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies droites dans le contexte d'une discopathie L4-L5, de déchirure annulaire et de faiblesse du membre supérieur droit d'origine inconnue. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 24 septembre 2009 dans l'activité de femme de ménage. Il a notamment expliqué que l'assurée avait été examinée par le Dr M._____, qui n'avait pas trouvé d'explication neurologique à la faiblesse du membre supérieur droit ni des lombalgies; une IRM cérébrale - requise pour exclure toute affection neurologique - s'était avérée normale et n'avait pas permis d'expliquer l'hémisyndrome droit douloureux présenté par l'assurée. Lors d'un examen du 20 mai 2010, la situation était stationnaire, avec une assurée présentant d'importantes appréhensions et une kinésiophobie. Concernant d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelles, les restrictions de l'assurée pouvaient être réduites par un reconditionnement musculaire, destiné à améliorer la capacité de travail.

Dans un rapport du 19 juillet 2010, les Drs V._____ et G._____, tous deux spécialistes en médecine du travail au service de médecine du personnel du [...], ont diagnostiqué des lombalgies chroniques. Ils ont retenu qu'une IRM lombaire effectuée au mois d'octobre 2009 ne montrait pas de hernie discale mais des protrusions médianes L4-L5 et L5-S1 sans signe de conflit disco-radiculaire avec des légères discopathies L4-L5 et L5-S1; la prise en charge conservatrice avait été intensifiée avec de la physiothérapie, qui avait lentement amélioré la symptomatologie. Ces médecins ont retenu que l'assurée était à l'arrêt de travail complet et qu'il n'était pas encore possible de déterminer si elle pouvait reprendre son activité d'agent de propreté et d'hygiène.

Interpellé par l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a établi un rapport le 20 juillet 2010, dans lequel il a posé le diagnostic de lombo-sciatalgies

aspécifiques et a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 24 septembre 2009. Il a en outre produit les documents suivants :

- un rapport du 5 mars 2010 du Dr W._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, qui a posé le diagnostic de lombalgies chroniques aspécifiques et signalé une évolution défavorable sous traitement conservateur classique;
- un rapport du 20 mai 2010 du Dr J._____, posant les diagnostics de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies droites dans un contexte d'une discopathie L4-L5, une déchirure annulaire, et une faiblesse du membre supérieur droit d'origine inconnue. Dans son appréciation, ce médecin a retenu que l'assurée présentait des douleurs lombaires associées à des pseudo-sciatalgies droites dans un contexte d'importantes appréhensions et une kinésiophobie avec de nombreux signes de non-organicité présents lors de ces deux examens. Un bilan radiologique du genou s'était avéré normal, et un examen neurologique avait été requis auprès du Dr Westermann pour déterminer l'existence ou non d'un hémisyndrome moteur d'origine éventuellement cérébrale;
- un rapport du 13 juillet 2010 du Dr J._____ retenant que l'assurée présentait des lombalgies associées à des lombo-sciatalgies droites, ainsi que des brachialgies droites, sans substrat anatomique, et une importante kinésiophobie. Une rééducation stationnaire s'imposait, dès lors qu'un programme ambulatoire n'était pas possible.

L'OAI s'est adressé au Dr M._____, qui a retenu dans un rapport du 17 août 2010 les diagnostics de lombo-cruralgies droites, de faiblesse au membre supérieur droit d'origine indéterminée et de "status post levé [sic] d'un sac lourd à la place de travail suivi d'une douleur lombaire en septembre 2009". Ce spécialiste a retenu que les douleurs invalidantes du dos décrites par l'assurée n'étaient pas suffisamment expliquées par les résultats de l'imagerie lombaire; il n'y avait pas d'explications quant à la faiblesse du membre supérieur droit.

Du 6 au 23 septembre 2010, l'assurée a bénéficié d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire au département de l'appareil locomoteur du [...]. Dans une lettre de sortie du 27 septembre 2010, le Dr J._____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies, de cervico-brachialgies droites, de probables troubles de la personnalité avec composante anxieuse et de déconditionnement physique et psychique. En fin de séjour, ce médecin a constaté une petite amélioration de la mobilité, suite à un traitement médicamenteux, et a noté que l'assurée avait besoin d'un soutien psychiatrique.

Le 11 novembre 2010, suite à une consultation au département de l'appareil locomoteur du [...], le Dr J._____ a fait état d'une situation stationnaire. Les douleurs lombaires s'étaient un peu amendées, mais subsistaient des hémicorporalgies avec une gêne globale. L'IRM, l'examen neurologique et les autres examens effectués étaient strictement normaux. Les points de fibromyalgie étaient tous positifs au niveau de l'hémicorps droit. Dans son appréciation, ce médecin a noté l'échec de la physiothérapie et a encouragé l'assurée à consulter un psychiatre.

Par communication du 11 novembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

L'OAI s'est à nouveau adressé au Dr J._____, qui dans ses lignes du 22 novembre 2010 a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques et pseudo-sciatalgies droites dans le contexte d'une discopathie L4-L5 et de cervico-brachialgies droites d'origine inconnue, puis une incapacité de travail de 100% à compter du 24 septembre 2009. Il a fait état d'un pronostic plus que réservé et a relevé la nécessité d'un suivi psychiatrique. Les restrictions de l'assurée ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, mais éventuellement par un traitement psychothérapeutique.

Répondant le 27 janvier 2011 à une demande de renseignements de l'OAI, le Dr J._____ a indiqué que l'assurée n'avait pas récupéré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, que des mesures de reclassement seraient nécessaires en cas de stabilisation de la situation sur le plan psychiatrique et que sa capacité de travail dans une activité adaptée (sans port de charges) dépendait de son état de santé psychique.

Dans un courrier à l'OAI du 24 février 2011, le Dr L._____ a expliqué que sa patiente présentait un tableau inchangé de douleurs généralisées prédominantes au niveau du dos, qui semblaient l'empêcher de se déplacer et d'effectuer des gestes et des activités de la vie quotidienne. Le séjour de l'assurée au département de l'appareil locomoteur du [...] n'avait pas abouti à une amélioration significative. Afin de pouvoir se prononcer sur des mesures de réinsertion et de mesures professionnelles, ce médecin a estimé nécessaire de soumettre l'assurée à une expertise somatique et psychiatrique.

Le 14 mars 2011, l'assurée a consulté le Dr J._____ qui, dans un rapport du même jour, a retenu l'absence d'évolution au niveau des douleurs. L'assurée présentait un syndrome douloureux chronique qui nécessitait impérativement un suivi psychiatrique, en l'absence d'autres propositions thérapeutiques.

Le 29 mars 2011, le Dr L._____ a réitéré sa proposition tendant à soumettre l'assurée à une expertise somatique et psychiatrique, afin de déterminer son aptitude au travail.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après : le SMR). Dans ce cadre les Drs S._____ et X._____ ont rendu un avis médical le 6 juillet 2011, retenant un contexte de douleurs chroniques sans substrat organique chez une assurée présentant un probable trouble de la personnalité avec composante anxieuse. Ces médecins ont requis un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, pour déterminer

les limitations fonctionnelles de l'assurée ainsi que sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

Le 19 août 2011, l'assurée a fait l'objet d'un examen rhumatologique, médecine de rééducation (Dr U._____, spécialiste en médecine physique et rééducation et en rhumatologie) et psychiatrique (Dresse Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 21 octobre 2011, ces médecins n'ont posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de lombalgies non irritatives et non déficitaires dans un contexte de discopathie débutante sur les deux derniers étages lombaires, de syndrome douloureux de l'hémicorps droit sans substrat organique, de poids insuffisant et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils ont retenu une capacité de travail exigible de 100% depuis le 1^{er} juin 2010, tant dans l'activité habituelle d'employée d'entretien au [...] que dans une activité adaptée, et ont exposé ce qui suit dans leur appréciation du cas :

"(...) Lors de l'entretien, R._____ décrit son activité professionnelle de nettoyeuse au bloc opératoire du [...], activité considérée comme physiquement modérément contraignante. Nous n'avons pas le descriptif précis du port de charges par l'employeur. L'assurée estime avoir dû porter des charges pesant jusqu'à 20 kilos, ce qui paraît surestimé au vu du poste de travail.

A l'anamnèse, R._____ confirme avoir présenté des lombalgies aiguës en septembre 2009 lorsqu'elle soulève un sac-poubelle. Depuis lors, elle garde des douleurs lombaires quotidiennes fluctuantes d'intensité. L'irradiation au membre inférieur droit décrite et comme mentionné dans le dossier est une pseudo-sciatalgie, c'est-à-dire une douleur référée depuis le rachis lombaire, sans distribution radiculaire (douleur paralombaire droite, irradiant au niveau de la fesse, de la région rétro-trochantérienne et finissant derrière le genou). Les douleurs décrites par l'assurée sont de type mécanique.

Depuis l'été 2010, l'assurée ressent des douleurs du MSD (membre supérieur droit) accompagnées d'une diminution de force de préhension et de fourmillements des doigts.

R._____ se décrit très limitée dans ses activités, elle est capable de tenir assise 30 minutes, de marcher 20 à 30 minutes, elle ne porte rien lorsqu'elle fait les courses, elle est très limitée dans ses activités de ménagère.

Les différents traitements réalisés jusqu'à présent, en particulier plus d'un an de physiothérapie n'ont pas amélioré les symptômes. L'assurée a vu trois fois le Dr M._____. L'assurée est au courant que le spécialiste n'a pas trouvé d'atteinte neurologique.

R._____ prend quotidiennement un traitement antalgique à doses modérées sous forme d'opiacés légers et d'antalgiques simples, associés à un myorelaxant.

L'examen clinique montre une femme de 41 ans en bon état de santé générale, son poids est insuffisant avec un BMI (réd. : Indice de masse corporelle [*body mass index*]) à 16.9. L'anamnèse, l'examen clinique n'orientent pas vers une atteinte systémique ou vers une atteinte infectieuse pouvant expliquer le faible poids.

Dans sa gestuelle spontanée, l'assurée a une épargne du MSD fluctuante. Il existe des incohérences, par exemple R._____ se dit incapable d'écrire le nom de son médecin sur la procuration car elle n'arrive pas à écrire droit au-dessus des points, immédiatement après, elle est capable de signer sans aucune difficulté; de même, alors qu'elle utilise ses membres supérieurs comme si elle était gauchère lorsqu'elle se déshabille le haut du corps, elle utilise symétriquement ses membres lorsqu'elle enlève son pantalon.

Comme mentionné dans le dossier par le Dr M._____, R._____ lâche le testing musculaire à l'examen neurologique, cette fois-ci tant au niveau du membre supérieur que du membre inférieur droit; l'atteinte motrice est incohérente comme relevé par le Dr M._____ avec un tonus, des réflexes ostéo-tendineux normaux excluant un syndrome cortico-spinal. La boiterie fluctue de modérée à importante; lorsqu'elle marche en salle d'examen et lorsqu'elle sort de la salle d'examen, l'assurée a une flexion partielle de son genou D (réd. : droit) en phase d'appui, comme si elle avait une parésie de son quadriceps ce qui n'est pas le cas au testing musculaire. Lors de l'examen SMR, l'assurée a des troubles sensitifs de tout l'hémicorps droit, non reproductibles avec l'examen du Dr M._____ (main et mollet droits).

Dans son rapport, le Dr M._____ retient une faiblesse du membre supérieur droit d'origine indéterminée; le neurologue annonce que «l'examen neurologique de la patiente a une validité limitée» en raison des discordances mises en évidence et «des innervations volontaires saccadées»; à notre avis son examen a une validité nette, il met en évidence l'absence d'atteinte neurologique cohérente. L'IRM cérébrale effectuée dans les suites de la consultation confirme l'absence d'atteinte cérébrale. Le Dr J._____ dans ses consultations ne retient pas non plus d'atteinte neurologique.

En l'absence d'atteinte organique, l'hémisyndrome droit douloureux de l'assurée ne peut être retenu comme incapacitant, pas plus que la faiblesse de son MSD.

Au niveau articulaire périphérique, nous retrouvons comme le Dr J._____ la difficulté importante à la mobilisation de l'épaule droite, sans tendinopathie spécifique, sans signe pour un conflit sous acromial. Nous retrouvons les points de Smythe positifs du côté D, le

Dr J. _____ les avait tous positifs, nous en avons 6 sur 8. Au vu de la distribution des points de Symthe uniquement du côté D, le diagnostic de fibromyalgie ne peut pas être retenu.

Au niveau du rachis, l'assurée n'a pas de troubles statiques conséquents, une analyse fine n'est pas possible, l'assurée participant partiellement à l'examen, se tenant en charge partielle du MID (réd. : membre inférieur droit). La participation à la flexion et l'extension est également très partielle avec, comme mentionné par le Dr J. _____, (...) un allongement du rachis lombaire de 1 cm en flexion. A titre de comparaison, le Dr W. _____ avait un allongement de 3 cm, contre les 5 attendus en mars 2010. Il n'y a pas de sciatalgie irritative. Nous retrouvons les signes comportementaux selon Waddell.

L'IRM de 2009 montre des discopathies banales, de faible degré de gravité, avec une protrusion circonférentielle en L4-L5 avec un débord foraminaux mais ne comprimant pas la racine L4 droite; en L5-S1, il existe une petite protrusion médiane, à nouveau sans signe de compression radiculaire. Le Dr W. _____ dans son examen du 5 mars 2010 retient le diagnostic de lombalgies chroniques aspécifiques, c'est-à-dire sans que l'on puisse apparenter ces lombalgies à un problème discal, articulaire postérieur, ou en relation avec d'autres étiologies. Dans son appréciation de l'IRM lombaire, le Dr J. _____ décrit une discrète protrusion discale L4-L5, sans compression radiculaire, il retient une arthrose facettaire.

Dans son dernier rapport adressé le 14 mars 2011 au Dr L. _____, le Dr J. _____ parle à présent d'hémi-corporalgies, de syndrome douloureux chronique, il est mentionné que l'assurée reste fixée dans l'idée d'une maladie grave, même si tous les examens n'ont rien montré de concret. L'étude du dossier médical, l'examen de ce jour montrent un glissement de la symptomatologie vers un syndrome douloureux chronique, une kinésiophobie et un comportement de type maladie, ceci sans modification de l'atteinte à la santé objectivable. L'examen initial du Dr W. _____ n'est pas inquiétant avec un indice de Schober de 3 cm, c'est-à-dire une légère diminution de la mobilité lombaire, l'absence de sciatalgie irritative, l'absence de déficit neurologique, une protrusion circonférentielle, constatation banale sur l'IRM.

Sur le plan psychiatrique, cette jeune assurée d'origine érythréenne n'a pas d'antécédent psychiatrique et son état n'a jamais nécessité de prise en charge ambulatoire ou hospitalière. A l'examen clinique de ce jour, elle n'a aucune plainte sur le plan psychiatrique et ne bénéficie d'aucun traitement médicamenteux psychotrope.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui est caractérisé par la présence de symptômes

physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. L'assurée réagit avec un sentiment de détresse à la douleur, se déplace à l'aide d'une canne, se sent mal comprise par les médecins qui ne peuvent pas l'aider, redoute la persistance et même l'aggravation de son handicap ou de sa douleur. En dépit de l'allégation de lourd handicap, l'environnement psychosocial est intact et R._____ ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste ni d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

Les quelques traits dépressifs et anxieux présents lorsque R._____ est confrontée à son bilan existentiel actuel sont discrets et ne nous permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

Bien que l'assurée soit psychorigide et très déterminée, nous n'avons pas objectivé l'existence d'un trouble de la personnalité morbide qui correspond à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue [...] donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel, social et à une souffrance significative. Dans la règle, le trouble de la personnalité se manifeste d'ores et déjà à l'adolescence et au début de l'âge adulte et il est stable dans le temps. Or, R._____ a toujours assumé ses responsabilités socioprofessionnelles et son état n'a jamais nécessité de suivi ou d'hospitalisation en milieu psychiatrique ni de traitement psychotrope.

En conclusion, sur la base d'un examen clinique dans les limites de la norme, R._____ ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Limitations fonctionnelles

Les éléments à disposition ne permettent pas de retenir de limitations fonctionnelles durables tant au niveau somatique que psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable de ce taux. Une fois les consultations spécialisées et les examens complémentaires nécessaires effectués, le traitement ciblé entrepris, on se serait attendu à ce que l'assurée reprenne son activité professionnelle de nettoyeuse au bloc opératoire du [...]. Nous retenons comme date d'exigibilité le 1^{er} juin 2010, date de la consultation du Dr M._____.

L'assurée est en arrêt de travail depuis le 28 septembre 2009, en date du 1^{er} juin 2010, l'assurée a vu trois spécialistes, à savoir deux spécialistes du système locomoteur, un spécialiste du système neurologique permettant d'exclure des signes de gravité au niveau ostéoarticulaire, d'exclure une atteinte neurologique.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas et il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté stationnaire avec une exigibilité de 100% dans l'activité habituelle d'employée d'entretien au CHUV à partir de juin 2010".

Dans un rapport du SMR du 8 novembre 2011, se fondant sur les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire effectué par les Drs U._____ et Y._____, la Dresse S._____ a retenu l'absence d'atteinte à la santé, une capacité de travail de 100% et l'absence de limitations fonctionnelles.

Dans un projet de décision du 10 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Il a retenu qu'elle avait une capacité de travail restreinte depuis le 28 septembre 2009, dès lors qu'elle avait dû interrompre son activité professionnelle au [...] en raison de douleurs dorsales. Se référant au rapport d'examen bidisciplinaire effectué au SMR, l'OAI a retenu qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'employée d'entretien au [...] depuis juin 2010.

Le 7 décembre 2011, l'assurée a contesté ce projet de décision, en réclamant l'octroi de prestations d'invalidité. Elle a fait valoir qu'elle était incapable de reprendre le travail à 100%, ce dont son médecin traitant, le Dr L._____, attestait tous les mois.

Dans un courrier du 9 décembre 2011, l'OAI a demandé à l'assurée de lui remettre, le cas échéant, un rapport médical apportant des éléments ayant une incidence sur son droit à des prestations d'invalidité.

Donnant suite à cette demande, l'assurée a communiqué à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport du 24 novembre 2011 du Dr H._____, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, retenant que l'assurée semblait présenter une fibromyalgie latéralisée à droite. L'ensemble des symptômes devait être mis sur le compte d'une pathologie psychiatrique qui paraissait

sévère. On ne pouvait s'attendre à une amélioration après la prise en charge au centre thermal [...];

- un certificat médical du 12 décembre 2011 des Drs V._____ et G._____, posant les diagnostics de lombalgies chroniques dans le cadre d'une discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale médiane L4-L5 et L5-S1 et de cervico-brachialgie droite. Ces spécialistes ont noté que l'assurée n'arrivait plus à marcher plus de trente minutes sans s'arrêter et s'asseoir, qu'elle n'arrivait pas à rester assise ou debout plus de quinze à vingt minutes et qu'elle présentait une exacerbation des douleurs rachidiennes et du bras droit lors du port de charges de plus de trois kilos et à la flexion-extension de la colonne lombaire. Aucune tentative de reprise du travail n'avait pu être effectuée au cours des dix-huit derniers mois, même avec des adaptations de l'activité. Aucune reprise d'activité de l'assurée à son poste d'agent de propreté et d'hygiène dans le département de la logistique hospitalière ne pouvait être envisagée;
- un courrier du 23 décembre 2011 du Dr L._____, qui a relevé ce qui suit :

"Le médecin soussigné atteste que R._____ est régulièrement suivie à notre consultation depuis 1994.

Son état général a toujours été satisfaisant avec des contrôles de santé réguliers pour des affections somatiques banales.

R._____ a présenté, semble-t-il à la suite d'une contusion, des douleurs de l'hémicorps droit, sous la forme de lombo-sciatalgie droite s'étendant à la région de l'épaule droite à l'origine de multiples investigations, d'une évaluation et d'une prise en charge à l'hôpital orthopédique, par le Dr J._____ (cf rapport ci-joint).

Ces traitements entrepris n'ont pas permis d'amélioration chez une patiente toujours très algique, développant un syndrome douloureux de tout l'hémicorps droit. Une nouvelle évaluation par le Dr H._____ au centre [...] a été demandée pour une prise en charge de type cure thermale.

R._____ n'a toujours pas repris son travail de nettoyeuse au [...], se déplace à grand peine avec des cannes et n'arrive pas à assumer les tâches domestiques courantes, se faisant assister par les membres de sa famille.

Il ressort de ce tableau atypique une origine probablement psychogène qui a été mise en évidence par le Dr H. _____ bien que R. _____ ait décliné toute proposition d'une prise en charge psychiatrique.

Je pense, cependant, en l'absence d'un diagnostic somatique bien défini à l'origine de ses douleurs, [que] l'atteinte psychiatrique mérite cependant d'être prise en compte pour son invalidité.

Je vous remercie de bien vouloir réévaluer ce dossier sur la demande de R. _____ qui remet en question la prise de la position de l'AI du 9 décembre 2011".

Dans un avis du 17 janvier 2012, les Drs D. _____ et X. _____ du SMR ont indiqué que les documents médicaux précités n'apportaient aucun élément nouveau sur le plan médical, de sorte que les conclusions du rapport d'examen du SMR du 21 octobre 2011 devaient être confirmées.

Par décision du 20 janvier 2012, l'OAI a refusé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, en se référant aux motifs de son projet de décision du 10 novembre 2011. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a expliqué à l'assurée que les documents médicaux produits par ses médecins traitants depuis le projet de décision n'apportaient aucun élément médical nouveau, de sorte qu'il fallait considérer que la capacité de travail était entière dans son activité professionnelle habituelle dès le mois de juin 2010.

B. Par acte du 20 février 2012, R. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Par arrêt du 5 mars 2013 (cause AI 38/12 - 46/2013), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision de l'OAI du 20 janvier 2012, avec la motivation suivante (consid. 5) :

"(...) **5.** En l'espèce, il convient d'examiner si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité, en déterminant si elle présente une incapacité de travail.

a) Sur le plan somatique, la recourante a ressenti, dans le cadre de son travail, le 24 septembre 2009, une douleur dans le dos

déclenchant un blocage. Le 19 août 2011, elle a été soumise à un examen clinique rhumatologique et de médecine physique-rééducation au SMR, effectué par le Dr U._____. Dans son rapport du 21 octobre 2011, ce médecin n'a posé aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail, et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de lombalgies non irritatives et non déficitaires dans un contexte de discopathie débutante sur les deux derniers étages lombaires, de syndrome douloureux de l'hémicorps droit sans substrat organique, de poids insuffisant et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il a retenu une capacité de travail exigible de 100% depuis le 1^{er} juin 2010, tant dans l'activité habituelle d'employée d'entretien au [...] que dans une activité adaptée. Dans son appréciation du cas, il a mentionné que la recourante se plaignait de lombalgies, de douleurs au membre inférieur droit et de douleurs au membre supérieur droit. Les différents traitements, notamment de physiothérapie, n'avaient pas amélioré les symptômes. Il n'y avait pas d'atteinte neurologique, et l'hémisyndrome droit douloureux ainsi que la faiblesse du membre supérieur droit ne résultaient pas d'une atteinte organique. L'étude du dossier médical et l'examen effectué au SMR montraient un glissement de la symptomatologie vers un syndrome douloureux chronique, une kinésiophobie et un comportement de type maladie, sans modification de l'atteinte à la santé objectivable.

Les constatations médicales du Dr U._____ sont corroborées par les autres pièces médicales figurant au dossier, en particulier s'agissant de l'absence d'atteinte objective permettant d'expliquer les douleurs. Ainsi, le Dr M._____ n'a pas décelé d'origine neurologique aux lombalgies et à la faiblesse du membre supérieur droit (rapports des 4 juin et 17 août 2010), une IRM cérébrale s'est avérée normale (rapport du 12 juillet 2010 du Dr J._____), de même qu'un bilan radiologique au genou (rapport du 20 mai 2010 du Dr J._____), et les Drs S._____ et X._____ ont relevé que la recourante souffrait de douleurs chroniques sans substrat organique (avis médical du SMR du 6 juillet 2011). Les rapports médicaux versés au dossier après le rapport d'examen du Dr U._____ ne contiennent pas d'éléments permettant de douter des constatations de ce médecin. Les avis des médecins traitants de l'assurée, dont l'appréciation au sujet de la capacité de travail, doivent être admis avec réserve, et ceux des spécialistes du service de médecine du personnel du [...], sont peu étayés au regard du rapport d'examen du 21 octobre 2011 et ne font état d'aucune constatation objective ayant été ignorée par les médecins du SMR. On ne voit au demeurant pas de raisons de s'écarter des conclusions du Dr U._____, qui sont dûment motivées et pleinement convaincantes. Il convient donc de retenir, sur le plan somatique, que l'assurée présente une capacité de travail exigible de 100% dans son activité habituelle depuis le 1^{er} juin 2010, date à laquelle des examens médicaux ont précisément permis d'exclure des signes de gravité au niveau ostéoarticulaire d'une part, et une atteinte neurologique d'autre part. A ce sujet, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, le Dr U._____ se fonde sur des éléments objectifs pour fixer la date de reprise d'une pleine capacité de travail.

b) Sur le plan psychiatrique, la recourante a fait l'objet le 19 août 2011 d'un examen au SMR par la Dresse Y._____, psychiatre.

Dans son rapport du 21 octobre 2011, cette spécialiste n'a posé aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail et a retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Dans son appréciation du cas, elle a indiqué que la recourante n'avait pas d'antécédent psychiatrique et qu'elle ne faisait l'objet d'aucun traitement médicamenteux psychotrope. A l'examen, cette spécialiste n'a pas constaté de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Elle a indiqué que la recourante réagissait avec un sentiment de détresse à la douleur; les quelques traits dépressifs et anxieux étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique, et il n'y avait pas de trouble de la personnalité morbide. Dès lors, la Dresse Y._____ a retenu que la recourante ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et qu'elle présentait une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité.

Les constatations et les explications de la Dresse Y._____ sont cohérentes et permettent de comprendre les raisons pour lesquelles, selon cette spécialiste, il n'y a pas d'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique. En effet, ainsi que cela ressort du dossier, la recourante n'a jamais fait l'objet d'un suivi psychiatrique et a même refusé une prise en charge en ce sens (rapport du 23 décembre 2011 du Dr L._____). On ajoutera que la Dresse Y._____ est la seule spécialiste en psychiatrie à avoir examiné la recourante, de sorte qu'on ne saurait reprocher au SMR et à l'OAI de se fonder sur l'avis de cette spécialiste et de ne pas avoir disposé, avant le 19 août 2011, de document psychiatrique. Quant aux Drs L._____, J._____ et H._____, ils ne sont pas psychiatres et leurs avis doivent être appréciés avec réserve. Il convient dès lors, conformément à l'avis de la Dresse Y._____, dont l'appréciation est convaincante et dûment motivée, de retenir que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. On rappellera enfin que la durée d'un examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en cause la valeur du travail effectué par la Dresse Y._____ (en ce sens: TF 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1; TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2).

c) Au vu de ce qui précède, aucun élément ne permet de douter de la valeur probante du rapport d'examen du 21 octobre 2011 du SMR, qui s'appuie sur des examens complets et des conclusions dûment motivées, tant sur le plan somatique que psychique. L'appréciation des preuves à laquelle l'OAI s'est livrée n'est pas critiquable, et c'est à juste titre qu'il s'est fondé sur ce rapport pour déterminer l'état de santé de la recourante et se prononcer sur le droit à la rente.

Il y a donc lieu de retenir que la recourante présente, du point de vue somatique et psychique, une pleine capacité de travail exigible dans son activité habituelle depuis le 1^{er} juin 2010. Dès lors, elle n'a pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI)."

Aucune voie de droit n'ayant été utilisée contre cet arrêt, celui-ci est entré en force.

C. **a)** Le 10 juin 2013, le Dr L. _____ a fait savoir à l'OAI que la situation de sa patiente s'était aggravée, notamment au plan psychiatrique, joignant à son envoi un rapport du 29 mai 2013 des Drs A. _____ et Z. _____ du Département de psychiatrie du [...], dont il ressort que la Dresse O. _____, neurologue, avait écarté un trouble de conversion et confirmé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Les médecins du [...] avaient fourni à l'assurée les coordonnées du centre de psychothérapie [...]. Ils relevaient en outre que l'assurée prenait actuellement du Citalopram, le Cymbalta ou la Venlafaxine semblant davantage indiqués pour les troubles somatoformes, notant toutefois que la patiente était peu compliant, le recours à un dosage de la molécule étant important. Pour ces praticiens, l'assurée n'était pas en mesure d'occuper un quelconque emploi à l'heure actuelle. Le Dr L. _____ a également annexé un rapport des Drs A. _____ et Z. _____ du 25 février 2013, dans lequel ces médecins ont diagnostiqué un trouble somatoforme indifférencié versus un trouble de la conversion, ainsi qu'un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne. Ils ont relevé que la problématique de l'assurée était double : elle présentait d'une part des plaintes somatiques inexplicées, et d'autre part des plaintes de la lignée dépressive, en relevant ce qui suit :

"(...) La problématique de R. _____ est double, d'une part elle présente des plaintes somatiques inexplicées et d'autre part des plaintes de la lignée dépressive. Concernant les symptômes somatiques, la répartition hémicorporelle de la douleur, de la parésie, de l'hypoesthésie et des tremblements présentés par la patiente semblent suggérer une affection neurologique qui pour l'instant, n'a pas trouvé de substrat somatique suite aux investigations réalisées. La patiente rapporte une grande souffrance en lien avec ses troubles et avec le sentiment de ne pas être crue par les différents spécialistes consultés. Nous avons essayé de valider la souffrance de la patiente en établissant l'existence effective de ses symptômes mais en évoquant un lien possible avec le psychisme. Elle dit actuellement accepter une prise en charge psychiatrique dans l'optique d'essayer tout ce qui est possible pour se sentir mieux. Le fonctionnement professionnel, familial et social de la patiente est clairement altéré dans le sens où l'activité principale de la patiente se résume à rester chez elle sur le canapé. Tout effort physique est très pénible pour la patiente. Suite à ces

observations, nous pensons retenir un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Nous avons demandé l'avis de nos collègues du CHUV quant à ce diagnostic et à la meilleure prise en charge qui en découle. Une consultation conjointe de psychiatrie avec le Dr E. _____ et de neurologie avec la Dresse O. _____ a été agendé au CHUV au 7 mars 2013.

Concernant le diagnostic d'épisode dépressif, la patiente a une thymie clairement abaissée et présente des affects de tristesse, d'anhédonie et de perte d'espoir. Elle rapporte également une fatigue, des insomnies et une idéation suicidaire non scénarisée. Elle explique que ces symptômes sont clairement une conséquence de sa souffrance somatique et nie toute forme de plaintes antérieures. La trajectoire migratoire est présentée par la patiente comme sans problème et celle-ci dit ne pas avoir été exposée à d'éventuelles violences en lien avec la guerre en Erythrée. Nous proposons une prise en charge psychothérapeutique et pharmacologique pour cet état dépressif dont les modalités restent à définir selon les conclusions de la consultation au [...]. Dans ce contexte, l'Efexor et le Cymbalta pourraient être indiqués.

Nous avons essayé d'évoquer les éventuels bénéfices en lien avec les symptômes, comme l'attention constante des proches et l'impossibilité de devoir effectuer un travail pénible mais la patiente ne peut concevoir de telles idées. A noter également que la patiente semble présenter des traits de personnalité dépendants comme une crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller seule et une crainte excessive d'être laissée seule. Elle dit beaucoup s'inquiéter si son mari ne l'appelle pas à plusieurs reprises dans la journée. Toutefois, les critères pour ce trouble ne sont pas remplis et la barrière linguistique rend difficile l'exploration plus approfondie d'un tel trouble."

Le 12 juin 2013, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, en disant avoir besoin d'aide pour :

- se vêtir/dévêtir depuis le mois décembre 2011,
- se lever/s'asseoir/se coucher, expliquant être parfois trop faible au niveau musculaire, également depuis le mois de décembre 2011,
- l'acte manger, les repas devant lui être apportés au lit, étant souvent trop faible pour se rendre à table (et ce depuis août 2012),
- les soins du corps, soit l'acte "se laver", expliquant pouvoir se laver partiellement avec son bras gauche mais devoir être aidée pour le reste, ainsi que pour l'acte « se baigner/se doucher », le CMS intervenant deux fois par semaine depuis le

mois de février 2012, un autre membre de la famille le reste du temps, et ce depuis le mois de décembre 2011,

- se déplacer à l'extérieur et entretien des contacts sociaux, depuis le mois de décembre 2011, l'assurée se déplaçant avec des cannes et ne sortant pas seule.

L'assurée a indiqué avoir besoin d'une présence en raison du risque de chutes important lors des transferts et déplacements, ainsi que pour lui apporter à boire, à manger, etc. Le besoin de surveillance existait depuis le mois de décembre 2011, mais s'était aggravé depuis l'automne 2012. C'était la fille de l'assurée qui s'en chargeait.

L'ergothérapeute F. _____ a fait savoir à l'OAI le 7 juin 2013 que la situation médicale de la patiente était très complexe, dans la mesure où elle souffrait d'une paralysie invalidante dont les causes n'avaient pas pu être mises en évidence. Elle était actuellement très déprimée et suivie au Centre de psychothérapie [...]. Sa fille, âgée de dix-huit ans, avait arrêté son cursus de formation pour s'occuper de sa mère.

L'OAI s'est adressé à l'assurée le 13 juin 2013, pour lui faire savoir que le Dr L. _____ avait signalé une péjoration de son état de santé. Afin que son droit à des prestations de l'AI puisse être examiné, un délai de trente jours lui était imparti pour retourner la formule de demande de prestations.

b) Le 26 juin 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Dans un rapport pour les personnes impotentes du 25 juillet 2013, le Dr L. _____ a diagnostiqué un épisode dépressif majeur avec trouble somatoforme douloureux existant depuis l'année 2009. Il a fait état de difficultés à la marche, à la mobilisation, et dans les mouvements de la vie quotidienne (habillage, ménage, ...), estimant que l'état de santé pourrait être amélioré par une prise en charge psychiatrique.

Dans un rapport pour les personnes impotentes du 22 août 2013, le Dr T. _____ du Centre de psychothérapie [...] a posé les diagnostics d'épisode dépressif avec symptômes psychotiques (F32.3) et de syndromes douloureux somatoformes persistants (F45.4) existant depuis 2009. Il a relevé que l'assurée, sur le plan physique, présentait une impotence fonctionnelle à la marche, devant se déplacer avec une paire de béquilles, ainsi qu'une altération de l'état général, avec un amaigrissement de plusieurs kilos évoluant depuis plusieurs mois. Il y avait une amyotrophie du MID et une baisse de la force musculaire de l'hémicorps droit, comparativement à celle de l'hémicorps gauche. L'assurée avait également besoin de l'aide permanente d'une personne auxiliaire pour éviter des chutes de sa hauteur au moment du lever du siège, en raison d'une démarche avec déséquilibre. Sur le plan psychique, elle présentait un ralentissement psychomoteur, un état de fatigue, des sentiments de lassitude. Il y avait un état de tristesse avec des pleurs incessants et un pessimisme. La thymie était triste, le discours ralenti, la voix monocorde, avec présence d'une anxiété psychique éprouvée. Le sommeil était agité, l'appétit diminué. La patiente verbalisait une suicidalité latente, mais sans projets ni scénarios précis.

Dans un avis du 27 septembre 2013, le Dr B. _____ du SMR a estimé que l'assurée ne faisait pas état d'éléments susceptibles de modifier les appréciations du SMR, relevant ce qui suit :

"(...) Rappel: cf. RM (réd. : rapport médical) SMR Dr D. _____ du 08.11.11 CT (réd. : capacité de travail) 100% toute activité après examen bidisciplinaire SMR du 19.08.11. Une décision de refus rente du 20.01.12 est confirmée par la CASSO le 05.03.13 après procédure (cf. avis SMR audition du Dr D. _____, le 17.01.12). Une nouvelle demande intervient le 10.06.13.

L'assurée est âgée maintenant de 43 ans, et elle a exercé comme agente de propreté jusqu'en sept.06. Un courrier du Dr L. _____, le 10.06.13, rapporterait une aggravation sur le plan psychiatrique. Le Dr A. _____, du service de psychiatrie du [...], indiquerait dans le 1^{er} paragraphe de son courrier du 29.05.13 un trouble somatoforme indifférencié, ce que confirmerait le Dr O. _____, neurologue [...]. Nous notons que le psychiatre a écarté un trouble de conversion. Il précise de plus que l'assurée est peu compliant à un traitement par antidépresseur et qu'un monitoring serait bienvenu. Du fait du Trouble Somatoforme, l'assurée ne serait pas en mesure d'occuper un quelconque emploi. Sa lettre fait suite au rapport de consultation du 25.02.13.

Vous demandez si les derniers renseignements médicaux permettent d'admettre une péjoration de l'état de santé, ou s'il existe des éléments médicaux nouveaux, et si oui, lesquels. Notre réponse est la suivante : nous sommes dans la position où c'est à la partie adverse de prouver qu'il existe une modification de l'état de santé, qui a déjà été bien évalué après examen bidisciplinaire SMR. Nous notons déjà sur la forme que ces deux courriers ont une moindre valeur probante par rapport à notre examen SMR rhumato-psychiatrique, qui selon la jurisprudence a valeur d'expertise. Sur le fond l'argumentation développée par le service de psychiatrie est la même que lors de la procédure d'audition, avec un trouble somatoforme indifférencié : cf. avis SMR audition du Dr D. _____, le 17.01.12, et le point 2, après le courrier du Dr L. _____, le 23.12.11. La CASSO avait confirmé le 05.03.13 notre point de vue. Nous rappelons encore que notre examen bidisciplinaire SMR, dans son volet psychiatrique n'avait pas mis en évidence de trouble somatoforme incapacitant, en l'absence de comorbidité psychiatrique, ou de critères jurisprudentiels. Un trouble de conversion est même écarté, et de plus le [...] précise le 10.06.13 que l'assurée est peu compliant à un traitement par antidépresseurs et qu'un monitoring serait bienvenu. Enfin, concernant le dernier RM du Dr L. _____, le 12.06.13, l'affirmation d'un épisode dépressif majeur depuis 2009 ne peut être retenue sur le fond et la forme au vu des conclusions déjà mentionnées de l'examen rhumato-psychiatrique SMR (cf. p. 11 appréciation) qui s'est déroulé le 19.08.11. L'argumentation est la même en ce qui concerne le RM des [...] du 22.08.13 (Dr T. _____) qui mentionne un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (!) depuis 2009. Ces pièces ne permettent donc pas de modifier les appréciations du SMR.
(...)"

Dans le cadre de l'instruction de la demande d'allocation pour impotent, une enquête a été effectuée au domicile de l'assurée, le 15 avril 2014. A cette occasion, l'enquêtrice a relevé, s'agissant de l'acte "se vêtir", que l'assurée était en mesure d'enfiler seule ses vêtements, à son rythme, pour autant que les vêtements soient adaptés, une aide ponctuelle n'étant apportée qu'en cas de nécessité. Quant à l'acte "se lever", l'enquêtrice a noté que le jour de l'entretien, l'aide-soignante du [...] venant donner la douche à l'assurée a expliqué que cette dernière se levait seule, avec difficulté, en prenant appui sur le canapé surélevé, et sur sa canne anglaise. Elle a par ailleurs fait les observations suivantes :

"4.1.3 Manger (repas préparés normalement)

- Apporter les aliments au lit (car l'assuré(e) pour des raisons de santé ne peut manger à table)

Genre d'aide (description précise)

Sur le questionnaire complété en 06.2013, il est précisé : l'assurée est souvent trop faible pour se rendre à table. Le cadre de l'API (réd. : allocation pour impotent) a été précisé lors de l'entretien.

- Couper les aliments

Genre d'aide (description précise)

Sur le questionnaire, complété en 06.2013, ce point d'aide n'est pas signalé.

Le jour de l'entretien, il est précisé : aide directe depuis 08 2012 à couper les aliments durs. L'intéressée manque de force et a de la difficulté à coordonner ses mouvements et pouvoir exécuter l'acte de manière indépendante. Cette dernière a tendance à se blesser selon les propos de la fille.

Pas de point d'aide retenu en lien avec l'avis SMR de 09.2013

(...)

4.1.4 Faire sa toilette

- Se laver

Genre d'aide (description précise)

R. _____ est indépendante pour se laver le côté G du torse, le visage, sa toilette intime.

Aide directe depuis 12.2011 à laver le côté G du torse le dos et les MI. Ceci en raison de la difficulté à saisir un objet (lavette) avec la main D ainsi que la perte de mobilité globale au niveau du dos, des MS et des MI.

Pas de point d'aide retenu en lien avec l'avis SMR de 09.2013

- Se coiffer

Genre d'aide (description précise)

Sur le questionnaire complété en 06.2013, ce point d'aide n'est pas signalé.

Le jour de l'entretien, il est signalé : aide directe depuis 10.2013, l'intéressée a de la difficulté à mobiliser le bras D et manque de dextérité au niveau de la main G pour exécuter l'acte. Les cheveux sont longs retenus par une barrette sur le haut de la tête.

Pas de point d'aide retenu en lien avec l'avis SMR de 09.2013

- Se baigner / se doucher

Genre d'aide (description précise)

Aide directe depuis 12.2011 à préparer le matériel, régler la température de l'eau, à entrer /sortir de la baignoire puis aide comme pour la toilette en lien avec le cumul des limitations physiques et psychiques.

Pas de point d'aide retenu en lien avec l'avis SMR de 09.2013

(...)

4 1 6 Se déplacer

(...)

- à l'extérieur

Genre d'aide (description précise)

Aide directe depuis 12 2011, R. _____ est accompagnée dans tous ses déplacements extérieurs. Cette dernière sort selon les précisions de sa fille uniquement accompagnée par son époux en voiture pour se rendre à ses divers rdv médicaux. La transmission des consignes est aléatoire avec les divers intervenants L'utilisation des transports publics n'est plus possible. Ceci en raison du manque de force globale du risque de chute, du manque d'initiative et de l'impossibilité à gérer l'organisation du trajet dans sa globalité

même si ce dernier est connu. **Pas de point d'aide retenu en lien avec l'avis SMR de 09.2013**

Entretenir des contacts sociaux (conversation, lecture, écriture, radio/TV, spectacles)

Genre d'aide (description précise)

Sur le questionnaire, ce point d'aide est signalé

Le jour de l'entretien, il est précisé : aide directe depuis 12 2011 à créer les liens

Le français est maîtrisé écrit et oral selon la fille. L'écriture (carte de vœux, contacts avec les services officiels) est à la charge de l'époux et des enfants. L'intéressée appose sa signature sur les divers documents. Difficulté à suivre une conversation et à rester en contact avec des tiers Idem avec la famille, le discours est limité aux diverses demandes d'aide en lien avec le cumul des limitations.

La lecture de textes bibliques ou de la presse est décrite comme possible de manière fractionnée.

L'intégration est difficile à évaluer **Pas de point d'aide retenu en lien avec l'avis SMR de 09.2013"**

L'enquêtrice a en outre noté que l'aide était fournie par la famille et le [...] deux fois par semaine, et qu'il n'y avait pas de besoin d'aide pour l'acte "aller aux toilettes". Elle a encore estimé que le temps de l'accompagnement de l'assurée pour vivre de manière indépendante était d'environ vingt-quatre heures et cinquante-cinq minutes par semaine (soit dix heures pour la préparation des repas, assumée par la fille, sept heures pour le nettoyage de la vaisselle et les nettoyages quotidiens, dix minutes pour la gestion des stocks, trois heures et trente minutes pour le nettoyage de l'appartement, quatre heures pour le linge [tri, transport, charge/décharge, étendage et repassage], et quinze minutes pour l'administration et la gestion des finances) depuis le mois décembre 2011, sans retenir toutefois ce point d'aide, vu l'avis SMR de septembre 2013. Elle a également exclu, pour le même motif, le temps consacré pour favoriser les contacts extérieurs et les activités, estimé à environ une heure et quarante-cinq minutes par semaine (soit une heure trente pour les achats de nourriture et quinze minutes pour les achats de vêtements) depuis le mois de décembre 2011. Elle a finalement retenu que l'assurée était en mesure d'effectuer tous les actes ordinaires de la vie, et n'avait pas besoin de soins permanents, mais d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de vingt-six heures et quarante minutes par semaine.

L'enquêtrice a formulé les remarques suivantes :

"(...) Lors de la prise de rdv, c'est l'assurée qui a répondu au téléphone qui a pris les coordonnées de l'enquêtrice afin que sa fille puisse la contacter et fixer la date de la rencontre. L'intéressée était seule à la maison L'entretien a eu lieu en présence de l'assurée et de sa fille

R. _____ va prendre sa douche à l'arrivée du [...]. A son retour au salon environ, l'intéressée se couche, le visage impassible, le regard dans le vide et crie sa colère : je souffre j'ai mal, je veux travailler. Les médecins ne comprennent pas La fille de l'assurée laisse aller son émotion suite à ce moment de révolte. Puis précise que c'est difficile pour toute la famille de comprendre et répondre aux besoins de cette dernière. L'assurée bénéficie d'un soutien important de la part de sa fille. Cette dernière est très inquiète de l'état de santé de sa mère et de l'évolution des limitations

L'intéressée se plaint ensuite de migraine, sa fille va lui mouiller une lavette qu'elle dépose sur le front de sa mère. L'acte va être répété plusieurs fois jusqu'à la fin de la rencontre. La demande a été déposée sur conseil du [...].

En 09.2013, le SMR en l'absence d'éléments pertinents ne modifie pas sa position et valide les décisions antérieures sur le plan médical soit pas d'atteinte à la santé. Pas d'IT (réd. : incapacité de travail) durable CT de 100% dans l'activité actuelle (femme de ménage) pas de limitation retenue. L'aide décrite sur ce rapport correspond à la description faite par l'assurée et sa fille mais ne corrobore pas avec les conclusions de l'avis médical SMR de 09.2013. Au vu de la complexité de la situation l'enquêtrice a contacté [...] gestionnaire du dossier avant de se rendre chez l'intéressée Ce dernier a souhaité une description actualisée de l'aide apportée à ce jour pour la poursuite de l'instruction du dossier. L'enquêtrice reste à disposition en cas de nécessité."

Par projet de décision du 23 mai 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Par avis du 18 juin 2014, le Dr B. _____ du SMR a relevé ce qui suit :

"(...) Rappel: cf. RM SMR Dr D. _____ du 08.11.11 CT toute activité après examen bidisciplinaire SMR du 19.08.11. Une décision de refus rente du 20.01.12 est confirmée par la CASSO le 05.03.13 après procédure (cf. avis SMR audition du Dr D. _____, le 17.01.12). Une nouvelle demande intervient le 12.06.13. Mais, en l'absence d'éléments pertinents, nous n'avons pas modifié notre position. Nous avons validé les décisions antérieures sur le plan médical cf. argumentations avis SMR Dr B. _____, le 27.09.13 et projet de

décision du 23.05.14. L'assurée est âgée maintenant de 43 ans, et elle a exercé comme agente de propreté jusqu'en sept.06.

L'assuré dépose une demande d'API. Vous demandez :

1/ quelle est l'atteinte à la santé et quelles sont les LF (réd. : limitations fonctionnelles) qui rendent nécessaire le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Notre réponse : cf. RM SMR Dr D. _____ du 08.11.11, pas d'atteinte à la santé CT 100% toute activité après examen bidisciplinaire SMR du 19.08.11. Les avis successifs SMR, y compris le dernier restent sur cette appréciation.

2/ si un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est justifié par l'atteinte à la santé (en vous remerciant de préciser la réponse)

Notre réponse : au vu de la réponse en 1, cette question tombe.

3/ l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie décrit dans l'enquête impotence semble-t-elle plausible (préciser la réponse) et si l'accompagnement pour faire face aux nécessités peut être admis, à partir de quelle date il doit l'être.

L'assurée est âgée maintenant de 43 ans et au vu de la réponse à la question 1 et de l'absence d'atteinte à la santé un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie décrit dans l'enquête impotence n'est pas plausible.

Nb: notre avis SMR du 27.09.13 fait partie intégrante de ce rapport, comme l'examen bidisciplinaire SMR et les attendus de la CASSO qui avaient confirmé le 05.03.13 notre point de vue."

Par décision du 2 juillet 2014, l'OAI a confirmé son projet du 23 mai 2014.

Par projet de décision du 7 août 2014, confirmé par décision du 29 septembre 2014, l'OAI a refusé à l'assurée l'allocation pour impotent, notant ce qui suit :

"(...) Dans le cadre de la demande d'examen du droit à une allocation pour impotent déposée en date du 12.06.2013, une visite par une collaboratrice de notre service extérieur a été réalisée le 15.04.2014 afin d'examiner aussi précisément que possible l'aide dont vous avez besoin pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Au vu des renseignements en notre possession, nous constatons que vous n'êtes pas tributaire d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie.

Aucune pièce médicale au dossier n'apporte une preuve objective et plausible justifiant la nécessité d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Les conditions d'octroi d'une allocation pour impotence ne sont donc pas remplies.
(...)"

D. Par acte du 23 octobre 2014, R. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à l'octroi d'une allocation pour impotent. En substance, elle fait valoir qu'elle souffre d'une impotence fonctionnelle à la marche et pour effectuer toutes ses tâches quotidiennes, y compris ses soins d'hygiène, se déplaçant avec deux béquilles et souffrant d'importantes douleurs du dos, de la nuque et d'un bras. Les examens effectués par le Dr L. _____ ne démontrent pas d'atteinte organique, mais elle allègue présenter un grave trouble psychiatrique sous forme de dépression chronique avec séquelles au niveau de la mémoire, de la concentration, de l'attention et parfois de l'élocution, expliquant ne plus être désormais en mesure de gérer l'administration et les finances familiales, ce qu'elle faisait auparavant. Elle se dit dans l'impossibilité de se vêtir/dévoiler, ne pouvant qu'enfiler des chaussures sans lacet ou des pantoufles, ne pas pouvoir se lever/asseoir/coucher seule, et avoir besoin de quelqu'un pour les transferts n'ayant ni l'équilibre ni la force nécessaire; l'acte de "manger" n'est possible que si tout est prêt, chaud et déposé dans son assiette. Il lui est par ailleurs impossible de faire sa toilette, bénéficiant dans ce cadre de l'aide du [...] deux fois par semaine et de celle de ses enfants, de la voisine ou d'une amie. Elle dit ne pouvoir aller aux toilettes, et devoir y être accompagnée. Elle ne peut se déplacer ni établir des contacts avec autrui, ne bougeant pas de son canapé où elle dort même la nuit. En présence d'amis, elle ne peut parler dès qu'il y a plus de deux ou trois personnes autour d'elle, car cela la déconcentre. Elle bénéficie des transports à mobilité réduite pour se rendre à ses rendez-vous médicaux. Elle explique enfin être soutenue par sa famille. Toutefois son fils va partir au service militaire, et sa fille commencer une formation au début de l'année 2015, si bien qu'elle n'aura plus de soutien de sa famille dans la journée.

Répondant le 8 décembre 2014, l'OAI a proposé le rejet du recours.

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 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître, dans une composition à trois juges, vu que la valeur litigieuse est susceptible de dépasser le montant de 30'000 francs (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 1 let. a a contrario et al. 4 LPA-VD).

c) *In casu*, le recours a été interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieux le droit de la recourante à une allocation pour impotent.

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 (al. 1 *in initio*). 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. 42^{bis} al. 5 est réservé (al. 3).

L'art. 37 al. 1 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201) prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a);
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b); ou

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

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 liés 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 2013, 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; ATF 125 V 297 consid. 4a et réf. cit.).

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; RCC 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 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 (CIIAI, chiffres 8029 et 8030).

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; RCC 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 et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (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 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 réf. cit.).

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).

4. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 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 (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 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; ATF 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de

procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 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; ATF 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

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 ainsi relevé qu'il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il 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 (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, 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 (TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3; TF 9C_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2).

5. a) *In casu*, il faut en premier lieu relever que la recourante ne remet pas en question les constatations de son médecin traitant, le Dr L._____, en expliquant dans son recours que les examens effectués par celui-ci "ne démontrent pas [d']atteinte organique". Elle se prévaut de son "grave trouble psychiatrique" pour solliciter l'octroi d'une allocation pour impotent. A l'examen des pièces médicales au dossier relatives aux atteintes somatiques dont se plaint la recourante, il apparaît en effet que ces dernières ne sont pas attestées : le Dr U._____ du SMR n'a ainsi pas retenu, dans son rapport du 21 octobre 2011 faisant suite à son examen du 19 août 2011, de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a certes retenu celui de lombalgies non irritatives et non déficitaires dans un contexte de discopathie débutante sur les deux derniers étages lombaires, ce diagnostic étant cependant sans effet sur la capacité de travail. Les constatations du Dr U._____ sont au demeurant corroborées par les autres pièces médicales au dossier, en particulier s'agissant de l'absence d'atteinte objective permettant d'expliquer les douleurs. Ainsi, le Dr M._____ n'a pas décelé d'origine neurologique aux lombalgies et à la faiblesse du membre supérieur droit, pour lesquelles il a déclaré ne pas avoir d'explication (rapports des 4 juin et 17 août 2010); une IRM cérébrale s'est avérée normale (rapport du Dr J._____ du 12 juillet 2010), de même qu'un bilan radiologique au genou (rapport du Dr J._____ du 20 mai 2010). Le 13 juillet 2010, le Dr J._____ a relevé l'absence de substrat anatomique aux lombalgies et sciatalgies de la recourante, observant en outre, le 11 novembre 2010, que tous les examens effectués étaient strictement normaux. Il a estimé que la capacité de travail allait dépendre de l'état de santé psychique de l'intéressée (cf. rapport à l'OAI du 27 janvier 2011). Les Drs S._____ et X._____ du SMR ont également constaté que la recourante souffrait de douleurs chroniques sans substrat organique (avis médical du SMR du 6

juillet 2011). Le Dr H._____ n'est pas parvenu à un autre constat, relevant que l'ensemble des symptômes devaient être mis sur le compte de la pathologie psychiatrique. Quant au Drs V._____ et G._____, ils ont eux aussi fait état de lombalgies chroniques dans le cadre d'une discopathie, diagnostic posé par le Dr U._____.

Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI déposée par l'assurée au mois de juin 2013, aucun élément médical attestant d'une péjoration au plan somatique n'a été produit. Ainsi le Dr L._____, le 10 juin 2013, a fait état d'une péjoration au plan psychiatrique, mais sans parler d'une aggravation physique de l'état de santé de sa patiente. Une affection neurologique a derechef était envisagée par les psychiatres du [...] (cf. rapport du 25 février 2013). La Dresse O._____ a toutefois écarté le trouble de conversion qui était envisagé (cf. rapport des Drs A._____ et Z._____ du 20 mai 2013).

Or l'art. 42 al. 3 deuxième phrase LAI, relatif au besoin durable d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie - seul élément entrant ici en considération (cf. let. b infra), compte tenu du rapport d'enquête - dispose que 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. L'art. 38 al. 2 RAI précise également 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. Il est cependant constant que la recourante n'est pas au bénéfice d'un quart de rente, sa nouvelle demande ayant été rejetée par décision du 2 juillet 2014, entrée en force. Il résulte de ce qui précède qu'indépendamment du point de savoir si la recourante présente effectivement une atteinte à sa santé psychique ayant des répercussions sur sa capacité de travail, faute pour elle d'avoir droit au moins à un quart de rente, elle ne peut être considérée comme impotente.

b) Le rapport d'enquête établi le 23 avril 2014 ne retient aucun besoin d'aide régulier et important pour les actes ordinaires de l'existence de la recourante.

S'agissant en premier lieu de l'acte "se vêtir", la recourante est en mesure de l'exécuter, certes à son rythme. Quant aux vêtements qui seraient rangés trop haut dans le placard, il lui incombe de prendre les mesures raisonnablement exigibles pour les rendre accessibles.

Quant à l'acte "se lever", la recourante parvient, quoi qu'elle dise, à l'effectuer : l'aide-soignante du [...] a en effet indiqué qu'elle était en mesure de se lever seule. Elle y est du reste parvenue lors de l'enquête à son domicile.

Pour ce qui est de l'acte "manger", le besoin d'aide a également été nié. En recours, la recourante a dit que cet acte était possible si "tout (était) prêt, chaud et déposé dans son assiette". Elle ne conteste ainsi pas être en mesure de se rendre à table, ni de couper les aliments ou de les porter à sa bouche.

S'agissant de l'acte "faire sa toilette", l'enquêtrice a nié le besoin d'aide, en se fondant sur les constats médicaux résumés par le SMR dans son avis du mois de septembre 2013. Dans la mesure où aucune atteinte somatique n'a pu être objectivée, c'est à bon droit que l'enquêtrice a exclu le besoin d'aide pour cet acte.

S'agissant de l'acte "aller aux toilettes", la recourante n'a pas fait état de difficultés à cet égard dans sa demande d'allocation pour impotent. L'enquêtrice ne l'a pas non plus mentionné dans son rapport d'enquête. Toutefois en recours, l'assurée a fait état du besoin d'être accompagnée dans ce cadre. Or compte tenu de l'absence d'éléments objectifs justifiant une atteinte somatique, il n'y a pas lieu de retenir un empêchement à ce niveau. On rappellera à toutes fins utiles qu'il y a impotence lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène, se rhabiller ou l'aider pour s'asseoir ou se relever, ou plus

particulièrement lorsqu'il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes (par exemple apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner; TF 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 4.2.2 *in* SVR 2013 IV n° 20; ch. 8021 CIIAI). A titre indicatif, le Tribunal fédéral a jugé qu'une personne handicapée devant procéder à l'extraction manuelle des selles devait être considérée comme autonome et que l'acte consistant à aller aux toilettes pouvait encore, dans son ensemble, être accompli par elle d'une façon ne pouvant être qualifiée de non conforme à la dignité humaine (TF 9C_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 5).

Quant à l'acte "se déplacer", l'enquêtrice a également nié le besoin d'aide, en se référant aux constats médicaux. En l'absence d'éléments somatiques justifiant une atteinte propre à limiter les déplacements, c'est à juste titre que l'enquêtrice n'a pas retenu de besoin d'aide à ce niveau.

A cet égard, ainsi qu'on l'a vu, les atteintes somatiques de la recourante ne se sont pas péjorées depuis sa première demande de prestations. Les Drs U._____ et Y._____ relevaient déjà dans leur rapport du 21 octobre 2011 que l'assurée disait ressentir des douleurs du membre supérieur droit depuis l'été 2010, accompagnées d'une diminution de la force de préhension et de fourmillements des doigts. Elle se décrivait déjà comme très limitée dans ses activités. Le poids insuffisant était également mis en évidence, avec un indice de masse corporelle à 16.9. L'assurée se déplaçait par ailleurs déjà avec une canne, réagissant avec un sentiment de détresse à la douleur et se sentant mal comprise par les médecins qui ne pouvaient pas l'aider, redoutant la persistance et l'aggravation de son handicap ou de sa douleur.

Les Drs A._____ et Z._____ du [...] n'ont pas fait d'autres constats que ceux des Drs U._____ et Y._____ dans leur rapport du 25 février 2013 : ils ont ainsi relevé une répartition hémicorporelle de la douleur, de la parésie, de l'hypoesthésie et des tremblements, et relevé que la patiente rapportait une grande souffrance en lien avec ses troubles,

avec le sentiment de ne pas être crue par les différents spécialistes consultés. Quant au Dr T. _____, dans son rapport du 22 août 2013, il a aussi mentionné que l'assurée se déplaçait à l'aide de béquilles, que son état s'était péjoré avec un amaigrissement de plusieurs kilos, le membre inférieur droit étant amyotrophié avec baisse de la force musculaire de l'hémicorps droit.

Quant au besoin d'accompagnement de vingt-quatre heures et cinquante-cinq minutes hebdomadaires pour vivre de manière indépendante, respectivement d'une heure et quarante-cinq minutes pour les activités et contacts hors domicile, l'enquêtrice l'a exclu compte tenu des pièces médicales au dossier. Même à admettre que ce besoin pourrait conduire à octroyer à l'assurée le droit à une rente d'impotence de degré faible, dans la mesure où cette dernière ne perçoit pas au moins un quart de rente en raison de ses troubles psychiques (cf. art. 42 al. 3 LAI et 38 al. 2 RAI), le seul besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'est pas suffisant.

Il découle de ce qui précède que l'assurée ne peut se prévaloir d'une assistance à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ni d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le droit à une allocation pour impotence doit donc être nié.

6. Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 29 septembre 2014.

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. 1^{bis} LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en

matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr., à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où la recourante, qui a au demeurant procédé sans l'aide d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de R._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- R. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :