

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 décembre 2017

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Férolles et M. Küng, assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

Y._____, à Lausanne, recourante,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 9 LPGGA, 42 LAI, 37 RAI

E n f a i t :

A. a) Y._____ (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. 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 [...] 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 les Drs [...] spécialiste en médecine interne générale, [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et [...], spécialiste en neurologie, du Centre [...], (ci-après : le [...]). Dans un rapport du 2 décembre 2005, le [...] 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 Y. _____ 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 L. _____, 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 N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique adjointe et V. _____, médecin assistante, auprès Centre de consultation psychiatrique et psychothérapeutique du Centre hospitalier P. _____ (ci-après : P. _____), 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 Y. _____ 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 Y. _____ et ses difficultés relationnelles. Les journées de Mme Y. _____ 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 Y. _____ 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 N. _____ et V. _____ 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 P._____ 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 ces éléments, l'OAI a mandaté le Centre d'expertises du Département de psychiatrie P._____ en vue de réaliser une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans leur rapport d'expertise du 20 juillet 2011 faisant suite aux entretiens avec cette dernière les 12 août, 31 août et 28 septembre 2010, le Dr D._____, médecin associé, et la Dresse Muller, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu le diagnostic de trouble délirant hypocondriaque et ont notamment relevé ce qui suit :

« Madame Y._____ souffre ainsi d'une grave pathologie psychiatrique, du registre de la psychose, entraînant de lourdes conséquences dans tous les domaines de son existence. Les symptômes présentés par l'expertisée, liés aux maladies cardiaque et musculaire dont elle a la conviction de souffrir, participent à la réduction de ses capacités à s'occuper de son quotidien, et d'elle-même. Elle bénéficie de l'aide notamment du CMS pour les activités de la vie quotidienne. Elle reste la plupart du temps à son domicile, ne se sentant pas la force de sortir.

Sur le plan de la capacité de travail, les troubles psychiatriques présentés par Madame Y. _____ entraînent une incapacité totale et ce, quel que soit le domaine professionnel.

Madame Y. _____ dénie la dimension psychique de son atteinte à la santé, ce qui fait partie intégrante de la pathologie, notamment délirante, dont elle souffre.

A cela s'ajoute peut-être une dimension culturelle, la maladie mentale étant considérée, selon ses dires, comme une insulte dans son pays d'origine.

Ainsi, son accessibilité à un suivi spécialisé de type psychothérapique s'en trouve fortement réduite. Par ailleurs, dans la situation de Madame Y. _____, un traitement médicamenteux psychotrope ne serait très vraisemblablement pas, à notre avis, susceptible d'améliorer le tableau clinique qu'elle présente, au vu de la durée des symptômes et de leur inscription rigide et fixée dans son fonctionnement psychique ».

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 L. _____ 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 P. _____ 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 J. _____, spécialiste en neurologie et médecin associé, et [...], médecin assistant, auprès du Service de neurologie P. _____, 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 anamnestiques 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 référons une partie du bilan électrophysiologique au mois de janvier 2012 ».

Interpellé à nouveau par l'OAI, le Dr L. _____ 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 13 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 K._____, 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'un accompagnement de 3h30 lui permettant de vivre de manière indépendante. Elle a précisé que l'assurée ne faisait aucun nettoyage de son studio, car cette activité lui était trop pénible. Une voisine venait dès lors tous les jours pour faire le ménage du petit studio et changeait les draps de lit quand ils étaient mouillés par son incontinence (30 minutes par jour). Elle a ajouté que c'était la voisine de l'intéressée qui faisait les courses depuis quelques mois reprenant ainsi le relais du CMS, la liste étant préparée par l'assurée (30 minutes par semaine). Elle a ainsi 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. 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 CMS 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 aux toilettes » 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 informée 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 pourrons 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'Al. 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 K. _____ 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 Y. _____ 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 Y. _____, 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 L._____ (médecine interne) du 06.01.12 et du service de neurologie du P._____ 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 K._____ (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 P._____ 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 K._____ 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.

Saisie d'un recours contre la décision du 14 octobre 2013 rendue par l'OAI, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 17 juin 2014 (AI 277/13 - 145/2014), rejeté le recours et confirmé la décision précitée, considérant que l'affection psychique dont souffre l'assurée ne nécessite pas de fauteuil roulant. En effet, le trouble délirant hypocondriaque n'est pas une atteinte propre à entraver la faculté de l'intéressée à se déplacer.

Par arrêt du 24 octobre 2014 (9C_559/2014), le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assurée, considérant notamment ce qui suit :

« 4.3 (...). Ces constatations mettent en évidence que le moyen auxiliaire permettrait certes d'améliorer la situation de la recourante, mais qu'il ne remplit pas la condition de nécessité prévue par l'art. 8 al. 1 let. a LAI. Par ailleurs, s'il n'est pas contestable que la fonction de marche de la recourante est restreinte, les limitations décrites par le médecin traitant n'apparaissent cependant pas si importantes qu'elles rendraient vraisemblable la nécessité du moyen auxiliaire sollicité. La mobilité de la recourante est certes décrite comme "passablement réduite" (marche précaire, ralentie, boitillante et à petits pas), la fonction visant à se déplacer ne semble toutefois pas atteinte au point de devoir être compensée par un fauteuil roulant (électrique). Au regard des constatations du docteur K._____, on peut penser que d'autres moyens auxiliaires, tels des cannes ou un cadre de marche, suffiraient pour améliorer les déplacements de la recourante à l'extérieur de chez elle. Le cas échéant, il lui est loisible de faire une demande dans ce sens ».

C. L'OAI a initié en juillet 2016 une procédure de révision de l'allocation pour impotent. Le 15 juillet 2016, l'assurée a indiqué sur le questionnaire idoine que son besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie s'était modifié depuis la dernière communication de l'OAI. Elle a précisé dans un courrier séparé que sa santé physique s'était terriblement dégradée.

Dans un questionnaire de révision complété le 15 août 2016, l'assurée a essentiellement fait état de problèmes cardiaques, de maladie musculaire et d'incontinence urinaire. Elle a précisé que c'était une voisine qui venait régulièrement chez elle pour le ménage et que les courses étaient faites par T._____. Elle a ajouté qu'elle avait besoin d'une aide quotidienne au ménage, de massages réguliers et d'aide pour l'application de pommade sur la peau après la douche.

Une enquête a été mise en œuvre au domicile de l'assurée le 11 novembre 2016. Dans son rapport du 1^{er} décembre 2016, l'enquêtrice a indiqué que l'intéressée vivait totalement isolée, ajoutant qu'il semblait qu'elle refusait l'aide que le CMS voudrait lui offrir. Une voisine ainsi qu'une bénévoles de T._____ l'aidaient à faire face aux nécessités de la vie. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée se plaignait de

douleurs diffuses dans tout le corps, précisant que personne ne prenait au sérieux ses difficultés. Elle passait une grande partie de la journée couchée, sortant uniquement lorsqu'elle y était contrainte. Elle présentait en outre un sentiment de persécution, pensant que l'ensemble de la planète complotait contre elle. L'enquêtrice a nié le besoin d'aide pour l'acte de se vêtir, en retenant ce qui suit :

« L'assurée reste en robe de chambre car n'a pas la force pour se vêtir. Elle exprime que les douleurs sont importantes et invalidantes. Toutefois, lorsqu'elle doit sortir, elle peut se vêtir sans aide ».

S'agissant de l'acte « se baigner/se doucher », l'enquêtrice a relevé que l'assurée devait se laver plusieurs fois par jour, mais qu'elle ne le faisait pas en raison d'asthénie confirmée par le rapport médical du 15 janvier 2013 du Dr K._____. L'assurée se disait épuisée et manquant de force. Il semblait qu'elle mettait en échec l'aide que le CMS voudrait lui offrir, alors qu'elle en aurait besoin.

Quant à l'acte « aller aux toilettes », l'enquêtrice a indiqué que l'assurée souffrait d'incontinence urinaire depuis son enfance et qu'elle portait des protections jour et nuit. Ce handicap lui posait un important problème, car elle ne pouvait sortir de chez elle comme elle le souhaitait.

L'enquêtrice a retenu que l'assurée avait besoin de prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante, ce besoin existant depuis juillet 2011, avec la motivation suivante : « L'assurée vit repliée chez elle dans un minuscule studio. Elle gère ses rd-vs et fait face à ses finances, bien qu'elle semble totalement dépassée et incapable de le faire. Elle dit ne pas se faire à manger, s'alimenter uniquement de mets froids car selon elle, le CMS ne voudrait plus lui livrer les repas. Elle n'est certainement pas à même de cuisiner des repas équilibrés. Env. 4h/sem. L'assurée bénéficie de la présence d'une voisine qui l'aide pour entretenir son ménage, celle-ci accomplit les activités lourdes et astreignantes. Elle passe l'aspirateur, change parfois les draps de lits lorsqu'ils sont souillés. Env. 2h/sem. Env. 4h./sem. ».

L'enquêtrice a par ailleurs retenu que l'assurée avait besoin d'un accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile, ce besoin existant depuis juillet 2011, avec la motivation suivante : « L'assurée bénéficie d'une aide de T._____ 1x/sem. pour faire les courses. Pour ses autres sorties, tels que visite chez le médecin elle fait appel à [...] qui lui permet de se rendre en ville quelques fois par année. L'assurée indique qu'elle n'a plus la force pour prendre un bus. Elle semble craindre la foule car se sent persécutée de partout. Env. 2h/sem. ».

L'enquêtrice a pour le surplus fait les remarques suivantes :

« Rencontre à domicile chez une assurée démunie et certainement atteinte d'une maladie psychique, ce qu'elle réfute absolument.

Il ressort de l'entretien qu'elle a épuisé toutes les aides qui ont été mises en place. L'assurée dit n'avoir aucune force pour accomplir les actes quotidiens de la vie. Il paraît évident qu'elle nécessiterait de l'aide pour accomplir les AVQ. Faut-il donc les retenir, alors qu'elle ne reçoit pas d'aide ?

Le SMR pourrait nous éclairer sur le besoin réel de l'assurée.

Je reste à disposition pour discuter de ce dossier ».

Par avis médical SMR du 7 avril 2017, la Dresse M._____ a exposé que médicalement parlant, il n'y avait aucun document ou rapport justifiant une quelconque modification de l'état de santé de l'assurée.

Par décision du 4 août 2017 confirmant un projet de décision du 26 avril 2017, l'OAI a maintenu l'allocation pour impotent de degré faible à domicile, en raison d'un besoin d'aide pour l'acte « aller aux toilettes », ainsi que pour un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. L'assurée n'avait produit aucun document ou rapport médical justifiant une modification significative de son état de santé.

D. Par acte du 31 août 2017, Y._____ recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant essentiellement à la modification de son degré d'impotence, en raison de la péjoration de ses moyens physiques, nécessitant davantage d'aide à domicile. Elle soutient que son état de santé physique n'a pas été

réévalué. Elle produit la décision attaquée et un devis du 26 janvier 2004 relatif à l'achat d'un fauteuil roulant électrique.

Dans sa réponse du 12 octobre 2017, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision.

Par courrier du 1^{er} novembre 2017, la recourante soutient qu'à sa connaissance, aucun trouble délirant hypocondriaque ne figure dans ses antécédents médicaux et constate que l'on a toujours cherché à lui imposer autre chose pour sa santé. Elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise indépendante et impartiale.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit en

cette matière la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

c) En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent (supérieure à celle de degré faible déjà octroyée), singulièrement sur l'appréciation de sa situation effectuée par l'intimé sur la base de l'enquête réalisée au domicile de l'assurée le 11 novembre 2016.

3. a) En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

b) L'art. 35 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]) prévoit que lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88^{bis} RAI sont applicables.

Selon l'art. 87 al. 1 RAI, la révision a lieu d'office :

- lorsqu'en prévision d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance (let. a) ;
- ou lorsque les organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (let. b).

L'art. 88a al. 1 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré se dégrade ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement n'est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88^{bis} al. 2 RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet :

- au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ;

- rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b).

c) A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TF I 25/2007 du 2 avril 2007 consid. 3.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

4. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42^{bis} (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle

doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42^{bis} al. 5 est réservé (al. 3).

b) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

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

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et 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).

c) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2015, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

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 impuissance (RCC 1989 p. 228 et 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 bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière

lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p.364) ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI).

L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (cf. TF 8C_780/2011 du 4 décembre 2012 et les références). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

d) Quant aux notions de besoin permanent de soins ou de surveillance, la jurisprudence les interprète de façon restrictive (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé. Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions,

auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190 consid. 3b, 1980 p. 64 consid. 4b). La nécessité de surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même, soit des tiers (ch. 8035 CIIAI).

e) On ajoutera que, conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (RCC 1989 p. 228 et les références citées ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

f) Il sied enfin de rappeler qu'une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2).

Ce n'est qu'à titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de

même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie (cf. MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 2264 p. 610).

En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats d'une enquête et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 ; TF 9C_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2).

5. In casu, il convient en premier lieu d'examiner s'il existe un motif de révision du droit à la prestation, étant rappelé que le point de départ de l'examen d'un changement des circonstances déterminantes est la date du 14 octobre 2013, correspondant à l'émission de la précédente décision de l'intimé par laquelle a été octroyée à la recourante une allocation pour impotent de degré faible.

a) Or depuis lors, et jusqu'à la décision litigieuse du 4 août 2017, la situation de la recourante sur le plan physique est demeurée sans modification, du moins sans changement important des circonstances propres à influencer le droit à la prestation en cause. Certes, outre une incontinence urinaire présente depuis l'enfance, la recourante se prévaut de graves et chroniques problèmes musculaires et cardiaques et ce, depuis de nombreuses années. Le tableau clinique se caractérise en effet par la présence d'asthénie, d'un manque de force, d'un essoufflement au moindre effort. Toutefois, aucun substrat organique susceptible d'expliquer cette symptomatologie n'a pu être objectivé malgré de multiples investigations, notamment sur le plan respiratoire, cardiaque et neurologique. A cet égard, il sied de relever que la recourante n'a produit aucun document médical susceptible d'étayer une pathologie somatique.

Partant, on ne voit pas sérieusement de diagnostic somatique qui serait de nature à fonder l'octroi d'une allocation pour impotence

moyenne ou grave. Or, faute d'atteinte à la santé objective qui expliquerait ses difficultés à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et, plus généralement, à la gestion de son quotidien, il y a lieu de nier tout droit à la prestation en cause sur la seule base de l'état de santé physique de la recourante.

b) Sur le plan psychique en revanche, une atteinte à la santé a été mise à jour par les Drs D. _____ et Muller à l'issue de leur expertise de 2011. Il convient de rappeler que l'intimé a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2010 (cf. décisions des 5 et 26 novembre 2012 de l'OAI) en raison d'une pathologie psychiatrique, soit un trouble délirant hypocondriaque. Dans un rapport du 20 juillet 2011, les experts D. _____ et Muller ont ajouté qu'il s'agissait d'une pathologie grave du registre de la psychose entraînant de lourdes conséquences dans tous les domaines de l'existence, le déni de la recourante faisant partie intégrante de la pathologie. Si les experts ont estimé que les symptômes ressentis par l'expertisée réduisaient fortement ses capacités à s'occuper de son quotidien et d'elle-même, ils n'ont cependant pas procédé à une appréciation de l'autonomie de l'assurée dans les actes de la vie quotidienne, l'intéressée n'ayant à l'époque pas déposé une demande d'allocation pour impotent (laquelle date du 13 juillet 2012). Les experts se sont finalement limités à constater que la recourante bénéficiait notamment d'une aide du CMS pour son ménage et qu'elle recevait les repas à domicile.

L'OAI a certes diligenté une enquête au domicile de l'assurée qui a donné lieu au rapport du 1^{er} décembre 2016. Ce document, s'il fait état d'un compte-rendu circonstancié des troubles et des difficultés affectant le quotidien de l'assurée, se limite à rapporter les déclarations de cette dernière quant aux motifs justifiant l'assistance requise et son étendue. L'enquêtrice de l'OAI a toutefois fait état « d'une assurée démunie et certainement atteinte d'une maladie psychique, ce qu'elle réfute absolument », précisant qu'il « paraît évident qu'elle nécessiterait de l'aide pour accomplir les AVQ », et a sollicité l'aide du SMR pour l'éclairer sur le besoin réel de l'intéressée. Compte tenu des interrogations

émises par l'enquêtrice de l'OAI, le rapport d'enquête à domicile ne constitue pas une base fiable pour procéder en toute objectivité à l'examen des critères mis à la reconnaissance d'une impotence d'un degré supérieur dans le cadre d'une problématique exclusivement psychique, mise à part l'incontinence urinaire.

c) Partant, l'enquêtrice ayant relevé que la recourante avait besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne - ce qui constituerait une aggravation par rapport à la situation prévalant en 2013 (rapport d'enquête du 4 février 2013) - l'intimé ne pouvait écarter sans autre les observations de son enquêtrice faute de document médical. On rappellera à cet égard que le déni de la recourante sur la réalité de l'atteinte psychique - lequel fait partie intégrante de la pathologie selon les experts - a pour conséquence que l'intéressée ne produira aucun document médical émanant d'un spécialiste en psychiatrie.

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il doit procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à

l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il s'avère que les faits médicaux pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de procéder à un complément d'expertise auprès des Drs D._____ et Muller du Centre d'expertises du Département de psychiatrie P._____, afin de déterminer si les limitations fonctionnelles psychiques présentées par la recourante entraînent objectivement un besoin d'assistance accru dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ou d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

7. a) Au vu de ce qui précède, il convient en définitive d'admettre le recours et d'annuler la décision rendue le 4 août 2017 par l'intimé, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) 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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA a contrario).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 4 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Y. _____, à Lausanne,
- 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 :