

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 avril 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Piguet et Mme Durrussel, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg.

et

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

Art. 42 LAI et 38 RAI

E n f a i t :

A. A._____, ressortissante portugaise née en 197 [...], établie en Suisse depuis 199 [...], est mariée et mère de trois enfants nés en [...]. Elle a achevé sa scolarité obligatoire au [...] puis a suivi une formation d'esthéticienne d'octobre 1995 à juin 1996 auprès d'un [...]. Elle a travaillé jusqu'à la fin de l'année 1997, principalement comme ouvrière d'usine. Elle a également connu plusieurs mois de chômage en 1996 et 1997. Depuis 1998, elle n'a plus exercé d'activité professionnelle régulière.

P

L'assurée a déposé une première demande de prestations le 15 septembre 1998 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en raison d'un lupus érythémateux disséminé (parfois cité ci-après : LED), de rhumatismes et d'une fatigue chronique.

Par décision du 5 avril 2001, l'OAI a rejeté ladite demande, faute d'atteinte à la santé invalidante entraînant une limitation de la capacité de travail comme ouvrière ou esthéticienne. Il a reconnu à l'assurée un statut de personne active à 100 %, lequel est resté inchangé au cours des procédures ultérieures.

Cette décision est entrée en force.

B. Le 18 juillet 2001, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 13 mai 2002.

Cette décision est entrée en force.

C. Saisi d'une nouvelle demande de prestations le 9 mai 2003, l'OAI a recueilli divers renseignements médicaux.

Ainsi, dans un rapport du 24 octobre 2003, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics incapacitants de trouble anxio-dépressif mixte depuis 2002 (F41.2), d'angoisse de séparation depuis l'enfance (F93.0), de lupus érythémateux disséminé, de syndrome de Reynaud et de status post accident vasculaire par thrombose cérébrale. Le Dr C._____ a indiqué que l'assurée souffrait des manifestations psychiques qui accompagnaient souvent le lupus érythémateux, tels que des troubles de l'humeur associés à des états d'anxiété. Le traitement de la maladie somatique nécessitait en outre un traitement médicamenteux lourd impliquant des effets secondaires. S'agissant de la capacité de travail, le psychiatre traitant a estimé qu'une activité lucrative régulière était exclue à long terme en raison de l'évolution imprévisible de la maladie physique associée aux troubles psychologiques. L'assurée restait malgré tout capable d'exercer une activité occupationnelle quelques heures par semaine, tels que des travaux légers de conciergerie ou « manœuvres occasionnelles d'esthéticienne ».

Dans le cadre de cette demande, l'OAI a soumis l'assurée à une expertise psychiatrique. Dans un rapport établi le 13 décembre 2005, puis complété le 30 mars 2006, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué - avec répercussion sur la capacité de travail - une dysthymie (F34.1 ; depuis 2001), une personnalité histrionique à traits obsessionnels (F 60.4 ; depuis le début de la vie adulte) et des douleurs chroniques dans le cadre d'un lupus érythémateux disséminé (sans activité inflammatoire ; depuis 1994). Il a relevé que le trouble de la personnalité favorisait des crises émotionnelles et les manifestations somatiques de l'angoisse, de même qu'il occasionnait une faible tolérance au stress, à la fatigue et aux douleurs. Le Dr D._____ a attesté une incapacité de travail de 50% en qualité d'ouvrière du point de vue psychiatrique, lorsque le lupus érythémateux ne connaissait pas de poussée inflammatoire. L'expert a précisé que l'incapacité de travail de 50 % tenait compte de la dysthymie, du trouble de la personnalité, des complications somato-psychiques du lupus érythémateux disséminé, de

l'impact des effets secondaires du traitement et de la faible capacité d'adaptation psychologique à l'affection rhumatologique.

Par décisions des 16 janvier et 30 novembre 2009, l'OAI a octroyé à l'intéressée un quart de rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2002 au 28 février 2003, puis une demi-rente dès le 1^{er} mars 2003.

Le 2 septembre 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (ci-après : la Cour des assurances sociales), a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision du 16 janvier 2009.

D. Au mois de février 2011, l'OAI a entrepris la révision d'office du droit à la rente de l'assurée.

Par décision du 13 décembre 2011, confirmée par arrêt du 13 septembre 2012 de la Cour des assurances sociales, le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité a été maintenu.

E. Le 11 février 2014, l'assurée a sollicité la révision de son droit à la rente, au motif que son état de santé s'était détérioré. Elle a fait valoir qu'elle connaissait une aggravation de son status articulaire et de son état psychique, avec une péjoration de l'anxiété, une fatigue chronique, des insomnies, des migraines, des phobies et une gastro-entérite. Elle s'est dite dans l'incapacité d'accomplir une bonne partie des tâches ménagères. A l'appui de sa demande, elle a produit un rapport du 7 février 2014 du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, allergologie et immunologie clinique, lequel s'est prononcé en ces termes :

« Je suis depuis de nombreuses années la patiente susnommée pour un lupus érythémateux systémique marqué essentiellement par des polyarthrites diffuses et un syndrome des anti-phospholipides. Dans ce contexte, la patiente souhaite une réévaluation de son droit à la rente.

C'est essentiellement le status articulaire qui s'est aggravé au cours de cette dernière année, résistant à un traitement de Plaquenil de fond de 2 cpr/j., renforcé d'un traitement anti-inflammatoire de Celevrex 2 x 200 mg et de Dafalgan 1 à 4 x 1g/j. Les polyarthralgies/polyarthrites associées à une fatigue chronique

contribuent à un état d'épuisement psychologique chez cette jeune mère de famille de trois enfants, dont un de moins de deux ans. L'ensemble de ce tableau contribue à aggraver un état dépressif également connu et qui demanderait que la patiente soit à la fois aidée dans ses tâches quotidiennes par un soutien domestique, (...) »

Dans un rapport du 5 mai 2014, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que sa patiente souffrait de lupus érythémateux systémique marqué essentiellement par des polyarthrites diffuses et un syndrome des anti-phospholipides, ainsi que d'un état dépressif chronique, induisant une totale incapacité de travail dans toute activité, dans le contexte d'une lente aggravation. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr L. _____ a estimé que sa patiente devait éviter l'usage répété des articulations des mains. Au titre du pronostic, le médecin traitant a fait état d'une lente aggravation.

Au cours de la procédure de révision de la rente, sur suggestion de la gestionnaire de l'AI (cf. courrier du 22 avril 2014), l'assurée a déposé le 9 mai 2014 une demande d'allocation pour impotent. Elle a fait état d'un besoin d'aide pour se vêtir, respectivement pour se dévêtir, pour se lever, s'asseoir et se coucher, pour les repas, pour les soins du corps, pour aller aux toilettes, pour se déplacer, ainsi que d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie à domicile comme à l'extérieur.

Le 27 juin 2014, dans un « rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI. », le Dr L. _____ a retenu les diagnostics de lupus érythémateux disséminé peu symptomatique sur le plan physique, mais responsable d'un état dépressif chronique avec manifestations psychosomatiques, de dysthymie et de migraines à répétition. Le médecin traitant a précisé qu'à l'heure actuelle, il existait peu de manifestations physiques du lupus érythémateux, en dehors d'une fatigue et de quelques arthralgies banales. Par contre, sa patiente était constamment dépressive, épuisée ; elle présentait des diarrhées à répétition et des douleurs abdominales, des migraines de plus en plus fréquentes, une aggravation de son anxiété, un retrait social et une agoraphobie. Le Dr L. _____ a

encore relevé que l'état de santé de l'assurée rendait impossible la reprise d'une quelconque activité professionnelle, mais n'empêchait pas qu'elle s'occupe de son ménage à 50 %, sans toutefois que sa patiente ne dépende d'autrui au point de recevoir une « rente pour impotence ». A la question de savoir si les indications sur l'impotence données par la recourante à l'OAI correspondaient à ses constatations, le Dr L. _____ a répondu par la négative.

Interpellé par l'OAI, le Dr B. _____, a mis en évidence le 7 juillet 2014 que sa patiente présentait un état dépressif chronique, des polyarthralgies, une fatigue intense et des difficultés de sommeil, précisant qu'elle ne présentait pas de signe d'arthrite franche. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la fatigabilité et aux polyarthralgies.

Interrogé par l'OAI, le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué le 19 août 2014 qu'il avait besoin de renseignements supplémentaires avant de pouvoir se prononcer sur l'impotence de sa patiente (dossier AI ; tests neuropsychologiques, test de QI ; cf. aussi courrier du 10 octobre 2014).

A la suite d'un avis du 12 novembre 2014 du Dr I. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'OAI a informé le Dr C. _____ que les tests requis n'étaient pas nécessaires dans un premier temps. Il lui a demandé de remplir le formulaire intitulé « rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI. »

Le 2 avril 2015, le Dr C. _____ a transmis à l'OAI un « rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI. ». Au titre des diagnostics, le psychiatre traitant a retenu un trouble panique, depuis l'enfance (F41.0), des phobies multiples, depuis l'enfance (F40.2), des troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission, depuis de nombreuses années (F33.4), des troubles mixtes de la personnalité comprenant des traits appartenant à la personnalité anxieuse, dépendante et histrionique,

depuis l'adolescence (F60.0), un lupus érythémateux disséminé, depuis 1998, et un syndrome de Reynaud. A l'anamnèse, le psychiatre traitant faisait état d'un retrait social significatif (difficultés à sortir pour faire les commissions ; patiente qui évite de sortir seule de chez elle en raison de multiples phobies ; peur de sortir au restaurant, d'aller sur une terrasse, même accompagnée ; pas de cinéma ; phobie du noir ; peur de la foule). Quant aux limitations fonctionnelles, le Dr C._____ a observé ce qui suit :

A._____ présente selon nous des restrictions importantes physiques et psychiques : en raison de sa fatigue, elle présente un ralentissement psychomoteur. De même, elle peut présenter d'une façon incontrôlée des attaques de panique qui peuvent périlcliter le déroulement d'un travail régulier. Elle se plaint aussi de fatigue. Elle décrit aussi la présence des différentes crises douloureuses notamment mal au ventre ou mal dans les articulations.

Compte tenu de ses plaintes, le Dr C._____ avait adressé l'assurée à la Clinique O._____ pour un examen neurologique et neuropsychologique. Il a joint à son rapport deux rapports des 1^{er} décembre 2014 et 21 janvier 2015 du Dr M._____, spécialiste en neurologie, selon lesquels les examens n'avaient révélé aucune pathologie du point de vue neurologique et neuropsychologique associée à sa maladie lupique. Le Dr C._____ a indiqué que sa patiente déclarait qu'elle ne pouvait pas travailler, même s'il lui arrivait d'avoir une activité très épisodique de « cosméticienne » (recte : esthéticienne) à domicile. Invité à se prononcer sur la déclaration d'impotence formée par l'assurée, il a répondu ce qui suit :

« Il m'est difficile d'observer les manifestations que la patiente a décrites dans sa déclaration sur l'impotence, étant donné mon statut de médecin psychiatre qui ne voit sa patiente que seulement 1 heure environ par mois dans le cadre d'un entretien psychiatrique. Pour cette raison, il m'est impossible de me prononcer sur cette question. »

Enfin, à la question de savoir si l'état de santé de l'assurée pouvait être amélioré par des mesures médicales, le Dr C._____ a répondu comme il suit :

« A mon avis, A. _____ a besoin d'un suivi psychiatrique intégré, mais étant donné la chronicisation de ses symptômes depuis de nombreuses années, il est illusoire de penser que l'on pourrait obtenir une amélioration significative.
De même, A. _____ refuse une psychothérapie à raison d'une séance hebdomadaire mettant en avant la distance qui la sépare entre son lieu de résidence ([...]) et [...]. »

Dans un rapport du 17 juin 2015, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale, nouveau médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de lupus érythémateux disséminé « symptomatique » (sic), mais responsable d'un état dépressif chronique avec manifestations psychosomatiques, de migraines à répétition et d'hypothyroïdie substituée. Le Dr N. _____ a estimé que l'état de santé de l'assurée était stable d'un point de vue somatique et renvoyé l'OAI à s'adresser au psychiatre traitant au sujet de l'évolution de l'état de santé psychique, dont il admettait néanmoins la péjoration. Il a indiqué que l'intéressée présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis plus de dix ans et qu'une activité adaptée n'était pas possible, ceci en raison de douleurs diffuses importantes couplées à des troubles psychiatriques et à des épisodes de dépression.

Interpellé par l'OAI, le Dr C. _____ a communiqué le 15 octobre 2015 les dates de ses consultations, à savoir de mars à septembre 2014, à raison d'une fois chaque cinq semaines environ, puis de mars à mai 2015, à la même fréquence.

Le 21 janvier 2016, se prononçant sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans le cadre de la révision du droit à la rente, le Dr I. _____ du SMR a estimé ce qui suit :

« Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI ne fournissent aucun indice d'une amélioration ou d'une aggravation notable de l'état de santé. D'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI. »

Aux termes de son rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016, l'enquêtrice de l'OAI a retenu, sous réserve de l'évaluation du médecin du SMR, que l'assurée présentait, depuis 1995, un

besoin d'aide régulière et importante uniquement pour les actes « se coiffer », « se baigner/se doucher » et « se déplacer à l'extérieur ». Elle a en outre indiqué ce qui suit :

« 4. Indications concernant l'impotence

[...]

4.1.1 Se vêtir

[...]

Sur le questionnaire ce point d'aide est signalé. Le jour de l'entretien il est précisé : Lors de crises articulaires et de douleurs dans les mains (environ 2 à 3 fois/mois selon les précisions de l'assurée). A. _____ a de la difficulté à enfiler les chaussettes et les pullovers, est aidée par son mari pour enfiler ces vêtements, si ce dernier travaille, l'assurée précise rester en pyjama.

[...]

Se dévêtir

[...]

Idem que pour se vêtir

4.1.2 Se lever

[...]

Sur le questionnaire ce point d'aide est signalé. Le jour de l'entretien il est précisé : A. _____ dit "avoir une sensation de corps lourd le matin, s'assied seule au bord du lit, se lève seule, gentiment avec des pauses".

[...]

Se coucher

[...]

Idem que pour se lever malgré des sensations de lourdeurs dans les jambes le soir (œdèmes).

[...]

4.1.3 Manger [...]

[...]

- Apporter les aliments au lit [...]

Sur le questionnaire ce point d'aide est signalé. Le jour de l'entretien il est précisé : Occasionnellement lors des crises articulaires (environ 2 à 3 fois/mois selon les précisions de l'assurée), cette dernière reçoit un repas au lit.

- Couper les aliments [...]

[...]

Sur le questionnaire ce point d'aide est signalé. Le jour de l'entretien il est précisé : Idem lors des crises articulaires, aide directe à couper une viande.

[...]

4.1.4 Faire sa toilette [...]

- Se laver

[...]

A. _____ effectue seule sa toilette intime au prix d'efforts et de douleurs importants. Cette dernière prend un bain tous les soirs.

- Se coiffer

[...]

Aide directe à se coiffer. A. _____ dit ne pas pouvoir se coiffer en raison des douleurs dans les épaules en levant les MS, des douleurs dans les mains et de la fatigue (ne trouve pas l'énergie pour le faire). Cette dernière dort avec les cheveux attachés pour ne pas avoir besoin de les coiffer quand son mari est absent au travail.

- Se baigner / se doucher

[...]

A. _____ doit prendre un bain tous les soirs dans un but antalgique. Aide directe pour rentrer/sortir de la baignoire, une tierce personne la soutient par le bras et l'aide à lever les jambes pour rentrer dans le bain. Aide pour laver/sécher les cheveux. L'intéressée précise ne pas pouvoir lever les bras pour se laver les cheveux et se sécher avec le foehn, ceci est très douloureux au niveau des MS, idem pour lever les jambes.

[...].

[...]

4.1.5 Aller aux toilettes

- Mettre en ordre les habits (avant et après être allée aux toilettes)

[...]

Sur le questionnaire ce point d'aide est signalé. Le jour de l'entretien il est précisé : La description concerne de la difficulté à s'asseoir sur les WC en raison de douleurs dans les hanches.

4.1.6 Se déplacer[...]

[...]

- à l'extérieur

[...]

Aide directe, A. _____ est accompagnée dans tous ses déplacements extérieurs. Ceci dans le but de soutenir cette dernière en raison de difficulté à gérer le stress d'inconfort dans la foule, d'angoisses qui l'empêchent de conduire la voiture et de sortir seule et d'un état constant d'épuisement.

- Entretenir des contacts sociaux [...]

[...]

A._____ a tendance à s'isoler et sort peu. Au niveau des contacts avec ses amis dit "c'est mort" en dehors d'une amie proche. Cette dernière, selon ses propos "ne veut pas d'autres contacts que sa famille, aime être seule et en famille, son bonheur c'est ses enfants, mais elle précise qu'elle leur demande juste de ne pas faire de bruit". L'assurée voit régulièrement sa maman et sa sœur. Pas de difficulté pour la lecture, l'écriture, regarde un peu la TV mais ça la fatigue vite. Quand A._____ se sent bien, elle téléphone à ses tantes du Portugal qui la réconfortent et elle précise que ce sont "ses psychiatres".

[...]

Qui fournit l'aide (concerne points 4.1.1 à 4.1.7)

La famille et une amie.

[...]

4.2 [...] La personne assurée a-t-elle régulièrement besoin, en raison de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie ? [...]

[...]

Pas d'accompagnement pouvant être retenu au sens de l'AI. (Cf. Conclusions)

[...]

5. Remarques [...]

[...]

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

A._____ signale qu'elle fait son travail avec des pauses régulières.

Les repas sont préparés ensemble avec le mari, le soir pour le lendemain, avec des quantités augmentées et congelées pour d'autres repas. Le mari pèle et coupe les légumes, porte les casseroles et les ustensiles lourds. L'assurée supervise les préparations et gère les cuissons, cette dernière précise que "c'est plaisant de cuisiner". Le mari et les enfants s'occupent de la table puis chacun pose sa vaisselle dans la machine. Le dimanche, quand le mari travaille, A._____ et ses enfants vont manger chez la maman. Des pizzas sont commandées 2x/mois. L'assurée nettoie la plonge, le vitroceram et balaye la cuisine.

Le mari et les enfants passent l'aspirateur. Changement de la literie par le mari et la fille aînée ou l'aide-ménagère.

Gestion financière et paiements par le mari. A._____ effectue les courriers ou les dicte à sa fille qui va les écrire.

Le mari effectue seul toutes les courses. A._____ achète ses vêtements en étant accompagnée lors des vacances au [...].

L'assurée explique qu'elle "consulte le psychiatre par obligation, que ça ne lui apporte pas grand-chose, ne se sent pas aidée, qu'il s'agit juste d'évoquer son enfance douloureuse ce qui provoque de la tristesse, des pleurs et a plutôt tendance à amplifier son état dépressif. De ce fait veut changer de psychiatre, va regarder sur [...].

Cette assurée est au bénéfice d'une ½ rente basée sur un taux d'invalidité de 55 %. Selon l'expertise psychiatrique du 13.12.2005, elle présente une IT de 50 % dans son activité habituelle d'ouvrière avec les LF suivantes : fatigue chronique, troubles du sommeil, peu de résistance au stress, pas de sollicitation trop importante des mains. Dans le cadre de la présente révision, elle allègue une aggravation de son état de santé, mais le SMR estime que la CT est inchangée depuis la dernière décision. Un projet de refus d'augmentation de rente vient du reste d'être notifié le 01.02.2016. Il faut donc continuer à se baser sur une CT de 50 % et les LF susmentionnées. Vu la composante psychiatrique, il y a une discordance entre ce que l'on reconnaît sur le plan médical et le besoin d'aide qui est allégué dans les actes ordinaires de la vie. Au vu des conclusions du SMR du 21.01.2016, il convient de soumettre à nouveau le dossier au SMR afin qu'il se prononce sur le droit à l'API en lien avec les limitations fonctionnelles. Ce qui pourrait probablement permettre de faire le lien ou non avec la situation observée sur place.

[...] »

A la suite de cette évaluation au domicile de l'assurée, l'OAI a soumis le dossier au SMR. Dans un avis du 16 mars 2016, la Dre P._____ a pris position de la manière suivante :

« **API**

Assurée de 40 ans, mariée, 3 enfants, au bénéfice d'une ½ rente pour troubles psychiques dans le cadre d'un LED. Les limitations fonctionnelles reconnues sont une fatigue chronique, des troubles du sommeil, peu de résistance au stress et pas de sollicitation trop importante des mains.

L'assurée déclare une aggravation en 2014 dans le cadre de la rente, celle-ci n'étant pas rendue objective médicalement, la situation est restée stationnaire.

Dans le cadre de l'impotence, l'assurée déclare nécessiter une aide pour l'acte faire sa toilette depuis 1995, or les limitations fonctionnelles mises en avant ne sont pas objectivées dans les rapports médicaux à disposition ; pour rappel seul une sollicitation trop importante des mains est admise comme limitations fonctionnelles somatiques depuis 2006. Pour soutenir ces constats, nous avons également le rapport médical du 27.06.2014 du Dr L._____, médecin traitant, interrogé dans le cadre de l'impotence et qui se prononce clairement au sujet des limitations fonctionnelles somatiques.

Besoin d'aide pour les déplacements depuis 1995 : il n'est retrouvé aucune information au dossier quant à un besoin d'aide pour des déplacements depuis 1995, particulièrement dans l'expertise psychiatrique du Dr D. _____ du 13.12.2005. Le Dr C. _____, psychiatre, ne retenait pas troubles phobiques depuis l'enfance dans son rapport du 24.10.2003 et il nous dit seulement que l'assurée a du mal à sortir pour faire ses commissions dans son rapport du 23.06.2015. En conclusion, je ne retiendrais pas le besoin d'aide pour les déplacements, le besoin n'étant pas rendu plausible. »

Par projet de décision du 24 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser une allocation pour impotent.

Par courrier du 4 avril 2016, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. Elle a fait valoir que les diagnostics psychiatriques avaient évolué. Elle a produit un rapport du Dr C. _____ du 30 mars 2016, estimant que celui-ci mettait en avant de nouvelles atteintes, ainsi que l'aggravation des atteintes préexistantes. Le Dr C. _____ a notamment indiqué que sa patiente se plaignait de ne plus pouvoir assurer les tâches ménagères. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

Dans un avis du SMR du 11 mai 2016, la Dre P. _____ a estimé que le dernier rapport du Dr C. _____ n'apportait pas d'éléments objectivant une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée. Les diagnostics et la description clinique du psychiatre traitant démontraient plutôt une chronicisation des symptômes depuis de nombreuses années. Elle a rappelé que le Dr I. _____ du SMR avait déjà pris en compte le rapport du 23 juin 2015 du Dr C. _____ dans son avis du 21 janvier 2016 relatif à la révision du droit à la rente. L'évaluation neuropsychologique et neurologique à laquelle s'était soumise l'assurée n'avait au demeurant pas mis en évidence de pathologies.

Par décision du 12 mai 2016, l'OAI a confirmé son refus d'octroyer une allocation pour impotent. Il a estimé que la visite à domicile, réalisée le 15 février 2016, et que les renseignements obtenus au cours de l'instruction de la demande d'allocation pour impotent montraient que l'assurée n'était pas tributaire d'une aide régulière et

importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie. En outre, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de 2 heures par semaine en moyenne sur une période d'au moins de trois mois n'était pas prouvé.

Par décision du 19 mai 2016, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, en se fondant sur les avis des 21 janvier, 16 mars et 11 mai 2016 de la Dre P. _____ du SMR.

Le 23 mai 2016, l'assurée, représentée par Me Charles Guerry, a contesté la décision du 12 mai 2016 (refus d'octroyer une allocation pour impotent), se prévalant d'une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où le rapport de l'enquêtrice ne lui avait pas été transmis par l'OAI.

Le 2 juin 2016, l'OAI a transmis l'intégralité de son dossier à Me Guerry. Par courrier du lendemain, l'OAI a admis que le rapport d'enquête n'avait pas été communiqué à l'avocat précité. Il lui a fixé un nouveau délai pour compléter ses objections.

Le 5 juillet 2016, le conseil de l'assurée a complété ses objections et requis la suspension de la procédure concernant la demande d'allocation pour impotent jusqu'à droit connu sur la décision concernant la révision de la rente AI.

Le 8 juillet 2016, l'OAI a suspendu la procédure concernant la demande d'allocation pour impotent jusqu'à droit connu sur la décision du 19 mai 2016 concernant la révision de la rente AI (cf. aussi courrier du 18 juin 2018).

Par arrêt du 28 mai 2018 (CASSO AI 157/16 - 158/2018), la Cour des assurances sociales, a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision du 19 mai 2016. Les précédents juges ont considéré que les rapports médicaux au dossier ne permettaient pas d'objectiver une

aggravation significative de l'état de santé de l'assurée, ceci tant sur le plan somatique que sur le plan psychique.

Dans un arrêt du 23 août 2018 (TF 9C_473/2018), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assurée et confirmé l'arrêt cantonal précité.

A la suite de cet arrêt, l'OAI a repris la procédure concernant la demande d'allocation pour impotent. Il a invité Me Guerry à compléter ses objections (cf. courrier de l'OAI du 4 septembre 2018). Ce dernier a produit le 13 décembre 2018 un rapport du 23 novembre 2018 de la Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci a retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de trouble mixte de la personnalité avec des traits anxieux, dépendants et histrionique (F60.0). Elle a indiqué que l'intéressée avait des difficultés à gérer certaines situations de la vie quotidienne telles que la fréquentation de lieux où il y a beaucoup de monde. Sa patiente avait ainsi besoin d'accompagnement pour se rendre dans les magasins, les restaurants ou effectuer de longs trajets. Les relations interpersonnelles étaient difficiles. La famille de l'assurée lui permettait toutefois de ne pas vivre dans l'isolement.

Reprenant le dossier le 2 avril 2019, la Dre P._____ a indiqué que le rapport de la Dre R._____ du 23 novembre 2018 n'établissait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique justifiant un besoin d'accompagnement régulier pour les déplacements. Elle a rappelé que les limitations fonctionnelles au niveau des mains n'expliquaient pas le besoin d'aide régulier déclaré par l'assurée pour se coiffer et se laver les cheveux. Le rapport de la Dre R._____ ne mettait au surplus pas en évidence d'aggravation récente du point de vue psychiatrique. L'intéressée ne présentait pas de troubles cognitifs qui justifieraient un placement si elle vivait seule à domicile. Pour ces raisons, la Dre P._____ n'a pas retenu le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Par décision du 18 juillet 2019, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une allocation pour impotent. Dans un courrier d'accompagnement daté du même jour, il a indiqué qu'il se ralliait à la position de la Dre P._____.

F. Par acte du 21 août 2019, A._____, représentée par Me Charles Guerry, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à la réforme de celle-ci en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré faible lui soit octroyée et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause devant l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle se prévaut d'une constatation inexacte des faits. Elle fait valoir que l'intimé a nié à tort son besoin d'aide pour deux actes ordinaires de la vie, à savoir faire sa toilette et se déplacer, ainsi que son besoin d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Elle estime que le rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016, comme les rapports de ses médecins traitants (rapports des 23 novembre 2018 de la Dre R._____, 2 avril 2015 du Dr C._____, du 7 juillet 2014 du Dr B._____ et du 27 juin 2014 du Dr L._____) concordent dans le sens d'un isolement progressif, la contraignant à disposer de l'aide d'une tierce personne pour l'aider à entretenir des contacts avec l'extérieur. La recourante met aussi en doute les compétences du SMR au motif que la Dre P._____ n'est pas psychiatre. Elle requiert en outre la tenue de débats publics afin d'entendre l'enquêtrice rédactrice du rapport du 29 février 2016.

Par réponse du 26 septembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il se fonde sur l'avis de la médecin du SMR du 2 avril 2019 pour affirmer que la recourante n'a pas besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et sur le rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016 pour soutenir que l'intéressée n'a pas besoin d'un accompagnement.

Par réplique du 10 décembre 2019, la recourante retire ses requêtes tendant à la tenue de débats publics et à l'audition de

l'enquêtrice de l'AI. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique.

Dans sa duplique du 13 janvier 2020, l'intimé estime que le dossier est suffisamment documenté sur le plan médical et ne nécessite pas de plus amples investigations. En conséquence, il confirme ses motifs et conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

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 al. 1 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'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 LAI est réservé (al. 3).

b) aa) L'art. 37 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; 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.

bb) 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, en outre, d'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, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

cc) 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, en

raison de son infirmité (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) aa) 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'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; état au 1^{er} janvier 2018 applicable à la décision litigieuse prononcée le 18 juillet 2019 [cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2]), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 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.

bb) De manière générale, n'est pas réputé 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 121 V 88 consid. 6c). 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 (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

cc) 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 121 V 88 consid. 3c ; 117 V 146 consid. 2 ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

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. 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 (par ex. « se laver » en ce qui concerne l'acte ordinaire « faire sa toilette » [ATF 107 V 136]) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (ATF 106 V 153) 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 (ATF 117 V 146 consid. 3b).

d) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, 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).

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 les références citées).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ATF 133 V 450). 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 rencontres.

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 ; 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

aa) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

bb) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il

convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

c) Il sied 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 ; TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2).

5. a) En l'occurrence, la décision attaquée retient que la recourante n'est pas tributaire d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et que le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (plus de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois) n'est pas établi. L'OAI s'est fondé pour ce faire sur l'avis du SMR de la Dre P. _____ du 16 mars 2016 (voir aussi avis du SMR des 11 mai 2016 et 2 avril 2019). Celle-ci reconnaît en particulier, du point de vue somatique, que la recourante doit éviter de trop solliciter ses mains (avis SMR du 16 mars 2016), ce qui ne nécessite toutefois pas de besoin d'aide régulier pour se coiffer et se laver les cheveux (avis du SMR du 2 avril 2019). Sur le plan psychique, la Dre P. _____ a estimé que les médecins traitants ne mettaient pas en évidence de limitation

fonctionnelle psychiatrique justifiant un besoin d'accompagnement régulier pour les déplacements (avis du SMR du 2 avril 2019).

b) La recourante prétend à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible et au réexamen de son état de santé par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (rhumatologie et psychiatrie). L'intéressée se prévaut du rapport d'évaluation à domicile du 29 février 2016 et du rapport de la Dre R. _____ du 23 novembre 2018. Le rapport d'évaluation aurait selon la recourante une pleine valeur probante. Elle soutient que ce dernier établirait le besoin d'aide d'autrui de façon régulière et importante pour la toilette, pour se déplacer et pour entretenir des contacts sociaux. La recourante en déduit le droit à une allocation pour impotent de degré faible. Elle reproche également à la Dre P. _____ de ne pas avoir de spécialisation adéquate pour se prononcer sur son dossier.

6. a) En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé psychique et somatique de la recourante a été discuté dans le cadre de la procédure de révision de la rente. La décision de l'OAI a été confirmée par le Tribunal cantonal, puis par le Tribunal fédéral (CASSO AI 157/16 - 158/2018 consid. 5 confirmé in TF 9C_473/2018 du 23 août 2018 consid. 4). Elle est donc entrée en force et il n'y a pas lieu d'y revenir. Pour mémoire, cette décision retenait comme limitations fonctionnelles des douleurs aux articulations et de la fatigue (CASSO AI 157/16 - 158/2018 consid. 5c/cc). Seul le rapport de la Dre R. _____, daté du 23 novembre 2018, produit dans le cadre de la présente procédure concernant l'allocation pour impotent, est postérieur et constitue un nouvel élément.

b) A titre liminaire, il y a lieu de constater que, contrairement à ce qu'affirme la recourante, l'enquêtrice ne s'est pas prononcée sans réserve. Selon les conclusions du rapport, il convenait de soumettre à nouveau le dossier au SMR afin qu'il se prononce sur le droit à l'allocation pour impotent en lien avec les limitations fonctionnelles. Le rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016 doit ainsi être apprécié à la lumière des avis médicaux du dossier au vu de la composante

psychiatrique et de la discordance entre les plaintes de la recourante et les atteintes à la santé observées par les médecins.

c) En ce qui concerne le besoin d'aide pour accomplir sa toilette (ch. 8020 CIIAI : se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher), la recourante déclare pouvoir y prétendre depuis 1995. Elle se prévaut à cet effet du rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016 (p. 18 du recours du 21 août 2019), dont on a vu ci-dessus qu'il doit être apprécié à la lumière des avis médicaux. Elle n'indique toutefois pas quel rapport médical établirait des limitations fonctionnelles rendant vraisemblable le besoin d'aide pour accomplir sa toilette.

Dans son avis du 16 mars 2016, la Dre P. _____ n'admet, au titre de limitation fonctionnelle somatique, qu'une sollicitation trop importante des mains depuis 2006, en raison d'arthralgies et du syndrome de Reynaud. Elle fonde cet avis sur le rapport du Dr L. _____ du 27 juin 2014. Ce dernier a en outre indiqué que la recourante pouvait s'occuper de son ménage à 50 % et ne dépendait pas d'autrui au point de recevoir une « rente pour impotence ». De plus, à la question de savoir si les indications sur l'impotence données par la recourante à l'OAI correspondaient à ses constatations, le Dr L. _____ a répondu par la négative. Par la suite, l'état de santé de l'intéressée d'un point de vue somatique est resté stationnaire selon le Dr N. _____, nouveau médecin traitant (cf. rapport du 17 juin 2015, ad ch. 2). Lors de la reprise de cause suite à la suspension, l'OAI a interpellé l'avocat de la recourante afin qu'il produise d'éventuelles nouvelles pièces médicales relatives à l'état de santé de sa mandante (courrier de l'OAI du 4 septembre 2018). Or l'intéressée n'a pas produit d'autre rapport concernant son état de santé sur le plan somatique. Les limitations fonctionnelles somatiques alléguées par l'intéressée ne sont ainsi pas objectivées par les rapports médicaux du dossier.

Dans ces circonstances, les limitations fonctionnelles relatées par l'intéressée, que ce soit dans le questionnaire ou lors de la visite à

domicile, dépassent largement celles admises par les médecins. Ainsi, aucun rapport du dossier ne fait état d'atteintes au niveau de l'appareil locomoteur qui empêcheraient la recourante de franchir l'obstacle de la baignoire ou de lever les bras (comp. avis SMR du 16 mars 2016 de la Dre P._____).

On constate de plus que l'intéressée fournit, de manière épisodique, des soins corporels à des tiers dans le cadre d'une activité d'esthéticienne à domicile (rapport du Dr C._____ du 2 avril 2015). Elle n'a pas consulté d'orthopédiste ou de rhumatologue, ce qui permet de relativiser les limitations qu'elle allègue.

Les limitations fonctionnelles admises par les médecins sont ainsi essentiellement d'ordre psychique (fatigue, ralentissement psychomoteur et attaques de panique incontrôlée) et ne constituent toutefois pas un obstacle pour des soins corporels.

Au final, il ressort du dossier qu'un besoin d'aide pour la toilette n'est justifié sur le plan médical qu'en période de décompensation de l'arthralgie, soit deux à trois fois par mois selon les propres déclarations de la recourante, (rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016, ad 4.1.1). En dehors de ces situations ponctuelles, les limitations fonctionnelles au niveau des mains n'expliquent pas le besoin d'aide régulier déclaré par l'intéressée pour se coiffer et se laver les cheveux. Dans une telle situation, l'aide nécessaire ne peut être considérée comme régulière dès lors que la recourante n'en a pas besoin ni ne pourrait en avoir besoin chaque jour (TF 9C_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 5.3 et les références citées ; ch. 8025 CIIAI). L'acte consistant à faire sa toilette ne peut en conséquence pas être retenu au titre des art. 42 LAI et 37 RAI.

d) La recourante se prévaut également d'un besoin d'aide pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux depuis 1995. On entend par là l'impossibilité de se déplacer dans le logement ou à l'extérieur et d'entretenir des contacts sociaux tels que les visites à des

tiers ou la participation à des évènements culturels, religieux, etc. ou pour lire et écrire (ch. 8022-8023 CIIAI).

La recourante se prévaut à nouveau du rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016 (p. 18 du recours du 21 août 2019), dont on rappelle qu'il doit être apprécié à la lumière des avis médicaux, ceci sans préciser quel rapport médical établirait des limitations fonctionnelles rendant vraisemblable le besoin d'aide sur ces points.

Lors de l'entretien avec la recourante, l'enquêtrice a relayé une tendance à s'isoler et à peu sortir. L'intéressée sort accompagnée dans tous ses déplacements extérieurs en raison du stress d'inconfort dans la foule, d'angoisses et de fatigue. Les contacts sont « limités » à la famille (enfants, mari, mère, sœur, tantes au [...]). Sous réserve de la fatigue, il n'existe pas de difficulté pour la lecture, l'écriture, les téléphones et la télévision.

Un tel besoin ne ressort pas de l'expertise du Dr D. _____ (rapport du 13 décembre 2005, complété le 30 mars 2006). Quant à l'évaluation du Dr C. _____ (rapports des 2 avril 2015 et 30 mars 2016), elle n'emporte pas la conviction de la Cour de céans s'agissant d'un éventuel besoin d'aide pour se déplacer ou pour entretenir des contacts sociaux (comp. avis SMR du 16 mars 2016 de la Dre P. _____). A ce titre, on relèvera que le psychiatre traitant a annoncé avoir besoin de renseignements complémentaires pour répondre au questionnaire médical relatif à l'impotence, alors qu'il suit sa patiente depuis 2003 (courriers des 19 août et 10 octobre 2014). Le rapport du 2 avril 2015 relate essentiellement les plaintes de l'intéressée (retrait social ; peur de faire les courses ; peur de sortir dans les restaurants et les terrasses non accompagnée ; jamais allée au cinéma, etc.), sans pour autant les confirmer par des constatations objectives. Toutefois à la question de savoir si les indications données par l'intéressée concernant l'impotence correspondaient à ses observations cliniques, le Dr C. _____ répond qu'il lui est difficile d'observer les manifestations décrites, étant donné qu'il ne voit sa patiente qu'une heure par mois environ. Il existe ainsi une

discrédence entre les plaintes de la recourante et le refus de son psychiatre traitant de les objectiver sur le plan médical. Quant au rapport du Dr C. _____ du 30 mars 2016, il n'apporte aucun nouvel élément sous l'angle de l'impotence.

L'intensité de la psychothérapie (1 heure par mois) permet de relativiser la gravité de la pathologie. Le fait que la recourante entretient des contacts étroits avec sa mère, ses enfants et ses tantes (rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016), ainsi qu'avec une amie, montre aussi qu'une aide importante n'est pas nécessaire sur ce plan.

Le rapport de la Dre R. _____ du 23 novembre 2018 n'apporte pas de nouveaux éléments. Cette psychiatre évoque des « *difficultés à gérer certaines situations de la vie quotidienne* ». Leur intensité n'est toutefois pas décrite par cette dernière. Au contraire, dès lors que les limitations fonctionnelles sont les mêmes, la situation semble plutôt stationnaire. On ignore également tout du traitement entrepris auprès de cette spécialiste par une patiente qui « *consulte le psychiatre par obligation* » et qui révèle que « *ça ne lui apporte pas grand-chose* » (rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016).

Dès lors, il n'est pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la pathologie soit à ce point importante qu'elle nécessite un besoin d'aide important pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux.

e) Quant au besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (art. 38 al. 1 RAI), le rapport d'enquête à domicile du 29 février 2016 mentionne que la recourante participe aux tâches ménagères et à la correspondance. Ces éléments sont à placer dans le contexte familial favorable décrit par l'intéressée et contribuent sans doute à la qualité de la vie familiale. Sous réserve des décompensations arthralgiques ponctuelles, la recourante est autonome dans les actes de la vie quotidienne ; elle ne présente au demeurant pas de troubles cognitifs

(cf. rapports des 1^{er} décembre 2014 et 21 janvier 2015 du Prof. M._____).

La recourante ne saurait se fonder sur le rapport du Dr L._____ du 27 juin 2014 (et non sur celui du Dr B._____ du 7 juillet 2014 cité par erreur dans le recours du 21 août 2019, p. 20) pour rendre vraisemblable un isolement progressif. En effet, le Dr L._____ écrit, au moment de recueillir les plaintes de l'intéressée, que sa patiente était constamment dépressive, épuisée, et qu'elle présentait des diarrhées à répétition et des douleurs abdominales, des migraines de plus en plus fréquentes, une aggravation de son anxiété, un retrait social et une agoraphobie. Toutefois, à la question de savoir si les indications sur l'impotence données par la recourante à l'OAI correspondaient à ses constatations, le Dr L._____ a répondu par la négative. Dans son rapport du 2 avril 2015, le Dr C._____, s'il relate notamment un retrait social significatif, indique qu'il lui était difficile de répondre à la question de savoir si les indications données par l'intéressée concernant l'impotence correspondaient à ses constatations cliniques, dès lors qu'il ne voyait sa patiente qu'une heure par mois environ.

Quant au rapport de la Dre R._____ du 23 novembre 2018, il n'établit pas de limitation fonctionnelle psychiatrique pouvant entraîner un risque d'isolement durable, une perte de contacts sociaux et, par-là, la détérioration durable de l'état de santé de la recourante. Un « *certain retrait social* », tel que décrit par la Dre R._____, n'est pas suffisant. Son rapport ne met au surplus pas en évidence d'aggravation récente du point de vue psychiatrique.

La recourante est capable de s'organiser et ne souffre pas, faute d'élément au dossier, d'une atteinte psychiatrique telle qu'elle devrait être placée dans une institution si elle vivait seule à domicile. Par conséquent, il n'y a pas de besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Quant au risque d'isolement durable, il n'est pas compatible avec les déclarations de l'intéressée relatives aux contacts étroits qu'elle entretient avec sa famille et une amie, ainsi qu'avec le

maintien d'une activité épisodique d'esthéticienne à domicile. La recourante n'a pas produit de plus ample ou nouvel élément dans le cadre de la présente procédure de recours qui permettraient d'envisager les choses autrement. Dans ces circonstances, l'argumentation retenue par la Dre P. _____ dans l'avis SMR du 2 avril 2019 s'avère convaincante.

En définitive, la recourante ne requiert ainsi pas d'aide constante, mais uniquement pour des situations ponctuelles, à raison de deux à trois fois par mois. Il n'apparaît pas, à la lumière des pièces du dossier, que l'intéressée aurait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie à raison de deux heures par semaine sur une période de trois mois.

e) Les avis de la médecin du SMR qui synthétisent les autres pièces médicales du dossier concordent au demeurant avec ces dernières (cf. consid. 4b/bb *supra*). Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de les remettre en cause.

f) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante ne remplit pas les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible.

7. Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et rhumatologique. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

8. On constate au surplus que les requêtes concernant les débats publics et l'audition de l'enquêtrice de l'AI ont été retirées (réplique du 10 décembre 2019).

9. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision du 18 juillet 2019 de l'OAI confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de A._____.
- 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 :

- Me Charles Guerry (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :