

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 avril 2014

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Dessaux et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 9 et 61 let. c LPGA; 42 LAI; 37 al. 3, 38 al. 1 et 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en février 2006, tendant à l'octroi d'une allocation d'impotence et d'une rente d'invalidité. Employée en tant que stagiaire assistante secrétaire médicale dans un cabinet gynécologique, elle a indiqué avoir été en incapacité de travail du 4 au 26 janvier 2005. Au titre d'atteinte à la santé, elle a précisé avoir été victime en 1998 d'une agression sexuelle ayant eu d'importantes répercussions sur ses capacités d'apprentissage et de travail.

Le 9 juin 2005, dans un certificat médical initial adressé au médecin-conseil d' [...], assureur maladie perte de gain, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a constaté un état anxio-dépressif qu'il a qualifié de post-traumatique, attestant d'une incapacité de travail totale du 4 au 26 janvier 2005.

Le 5 mars 2006, l'assurée a complété le formulaire 531 bis en indiquant qu'en bonne santé elle aurait travaillé à temps complet par nécessité financière, évoquant le fait qu'en l'absence de l'événement elle aurait continué ses études normalement.

Dans un rapport médical du 15 mars 2006 adressé à l'OAI, le Dr D._____ a indiqué ne pas pouvoir évaluer la capacité de travail de l'assurée sans procéder à un bilan psychologique complété de tests pour pouvoir rédiger un rapport, la patiente ayant interrompu son traitement depuis quatre mois.

Par courrier du 29 septembre 2006, l'assurée a indiqué à l'OAI que suite au changement de psychiatre, elle se sentait à ce point mieux qu'elle entendait solliciter de l'assurance invalidité non plus une rente mais une réinsertion professionnelle au travers d'une formation.

Dans un rapport médical du 31 octobre 2006 adressé à l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité usuelle admettant la possibilité d'exiger de l'assurée une autre activité, plus manuelle et moins exposée socialement au stress, particulièrement au niveau relationnel. Il a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe faisant suite à un état de stress post-traumatique. Cette modification était survenue selon la patiente en novembre 1998 suite à un inceste subi de la part de son père. Il a en outre indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était amélioré depuis le début du traitement, que sa capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, qu'elle ne nécessitait pas de moyens auxiliaires et qu'elle n'avait besoin d'aucune aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Concernant le traitement psychothérapeutique et l'encadrement psychosocial, ce médecin a relevé les éléments suivants :

« Il est encore prématuré de se prononcer sur le plan d'un pronostic thérapeutique vu la brièveté du suivi psychiatrique entrepris. Cependant, sa motivation actuelle à s'engager dans ce travail, l'assiduité qu'elle a manifestée jusqu'ici ainsi que son aisance à s'exprimer nous paraissent des éléments allant dans le sens d'un bon pronostic. Par ailleurs, la motivation qu'elle montre depuis quelques semaines à s'engager dans une nouvelle voie professionnelle laisse supposer qu'avec des mesures appropriées, cette patiente pourrait être capable de se réinsérer dans le monde du travail ».

L'assurée a été soumise à un examen psychiatrique le 10 mai 2007 par la Dresse U._____ du Service médical régional AI (ci-après : le SMR). Cette dernière a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline avec traits paranoïaques F61. En revanche, elle a considéré que les diagnostics faisant état de stress post-traumatique en rémission et de difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat n'avaient aucune répercussion sur sa capacité de travail. Elle a en outre retenu ce qui suit :

« (...)

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, d'attaques de panique, de troubles phobiques, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, d'état de stress post-traumatique, ni de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Selon les informations anamnestiques fournies par l'assurée, nous pensons qu'elle aurait développé un état de stress post-traumatique, actuellement en rémission.

Entre 1995 et 2005, les incapacités de travail à 100%, de courte durée, correspondent à une évolution fluctuante avec des crises émotionnelles dans le cadre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline.

L'aggravation de son état avec l'apparition d'un épisode dépressif en 2004, actuellement en rémission complète, selon le Dr C._____, correspond au moment où l'assurée a cherché une aide psychologique auprès du Centre LAVI [loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions] et depuis quand, à notre avis, elle développe des traits paranoïaques avec l'apparition d'une méfiance, interprétativité, projection d'un sentiment d'être jugée et rejetée, qui augmente encore plus l'angoisse.

Les prises en charge psychiatrique auprès du Dr L._____ et en 2005 auprès du Dr D._____, sont marquées par une mauvaise compliance, et selon l'assurée, par le sentiment de ne pas être reconnue dans sa souffrance et également d'un profond sentiment d'abandon,

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, avec des traits paranoïaques, actuellement non décompensé et présent bien avant 1998, raison pour laquelle le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe est difficile à évaluer. Nous n'avons pas objectivé la présence d'un retrait social, d'un sentiment de perte d'espoir, d'impression permanente d'être sur la brèche et de détachement, en faveur d'un diagnostic de modification durable de la personnalité, après une expérience de catastrophe. Selon la CIM-10, en général le changement de personnalité doit être confirmé par un tiers bien informé et nous n'avons pas pu exclure la présence d'un trouble de la personnalité bien avant 1995.

Par contre, nous pensons qu'effectivement, après son agression, l'assurée a développé un état de stress post-traumatique qui l'aurait empêché d'entreprendre une formation professionnelle.

A l'examen clinique, nous n'avons pas objectivé les symptômes typiques comprenant la reviviscence répétée de l'événement traumatique, de flash-back, de rêves ou de cauchemars répétitifs, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel ou de détachement, en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique, qui est actuellement en rémission.

Nous avons constaté que l'assurée est tout à fait capable d'assumer de petits boulots, d'entreprendre une formation professionnelle en

2003 et d'obtenir un diplôme d'assistante médicale niveau I le 14.06.2005, de suivre des cours de couture depuis septembre 2006 jusqu'en mars 2007 et obtenir une attestation et également de débiter des cours de tissage en mars 2007.

Dans sa lettre du 29.09.2006. l'assurée exprime son souhait de changer sa demande de rente et sollicite une réinsertion professionnelle dans le cadre de l'Al. Elle ajoute « aujourd'hui je suis prête à me battre et j'espère que la société m'aidera par différents moyens ».

L'amélioration est attestée également par le Dr C. _____ dans son rapport médical.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assurée souffre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, avec des traits paranoïaques, actuellement non décompensé, présent depuis l'adolescence et sa capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiatriques.

Selon la CIM-10, ce trouble de personnalité est caractérisé par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur qui explique la symptomatologie dépressive. Les capacités d'anticipation sont réduites, et l'assurée est labile émotionnellement, instable, a un sentiment de vide et une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables.

En l'absence de documents médicaux, nous ne pouvons pas nous prononcer avec certitude, mais en raison d'un probable état de stress post-traumatique et d'un état anxieux et dépressif, greffés sur un trouble de la personnalité décompensé, l'état de santé a empêché l'assurée à entreprendre une formation professionnelle.

La capacité de travail exigible est de 0% dans l'activité d'assistante médicale, et toute autre activité dans le domaine médical, ou avec des enfants ou à responsabilité, qui ne respectent pas les limitations fonctionnelles psychiatriques.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible est entière.

Actuellement, sur le plan psychiatrique, l'assurée est motivée et elle est prête à bénéficier d'une évaluation en REA dans le but d'une formation professionnelle.

Les limitations fonctionnelles

Difficultés de contact, difficultés à gérer le stress, difficultés à assumer une activité professionnelle à responsabilité avec les enfants ou dans le domaine médical, fragilité psychologique, méfiance, interprétativité, et besoin d'étayage dans un cadre rassurant ».

Un premier stage d'un mois en couture dans l'entreprise Q. _____ a été organisé par l'OAI du 3 janvier au 1^{er} février 2008, dont le

bilan du 31 janvier 2008 a relevé la bonne intégration et les investissements de l'assurée, de bonnes capacités manuelles et créatives pour le métier de couturière, ainsi que des qualités de précision et de rigueur. La responsable relevait en revanche qu'en cas de surcharge, l'assurée avait besoin de décrocher pour faire baisser la pression, ce qui se traduisait par une perte d'attention. Selon elle, l'école de couture, qui aurait l'avantage de lui donner un rythme et des horaires réguliers, conviendrait mieux à l'assurée que les contraintes d'un atelier de couture ayant également des exigences de productivité.

Pour des raisons médicales, l'assurée n'a pas pu se présenter à l'examen d'entrée de l'école de couture de [...] pour l'année 2008 (cf. note téléphonique du 4 mars 2008). Elle s'est mise à la recherche d'une place d'apprentissage, malheureusement sans succès (cf. courrier de l'assurée du 2 mai 2008). Avec l'accord de l'OAI, et à sa demande, il a été convenu qu'elle s'inscrirait auprès de l'école G. _____ pour la rentrée d'août 2008 (cf. note téléphonique du 2 juillet 2008). Par courrier du 9 juillet 2008, l'assurée a informé l'OAI qu'elle entendait finalement s'inscrire pour son année préparatoire auprès de l'école de couture Z. _____ de [...].

Dans un rapport intermédiaire du 21 juillet 2008, l'OAI a indiqué ce qui suit :

« Cette année de préapprentissage est nécessitée par sa fragilité psychologique résiduelle, marquée par une certaine rigidité face aux changements, ainsi que des difficultés à gérer le stress et à tolérer les frustrations, avec un besoin d'étayage dans un cadre rassurant.

(...) Sans atteinte à la santé psychique, l'assurée n'aurait pas eu à faire cette année préparatoire, puisque ses compétences pratiques pour le métier de couturière ont déjà été démontrées ».

Par courrier du 23 septembre 2008, l'assurée a informé l'OAI d'un nouveau problème de santé, sous forme de migraines quotidiennes depuis de nombreuses années mais réapparues depuis environ une année.

Le 7 novembre 2008, le Dr K. _____ du SMR a proposé de demander un rapport médical au Dr C. _____, afin de déterminer si l'état

de santé s'était aggravé dans le cadre des nouvelles exigences relatives au préapprentissage entrepris par l'assurée.

Dans un rapport médical du 27 janvier 2009, le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin chef de clinique auprès de la BA. _____ à [...], a retenu comme diagnostics ayant effet sur la capacité de travail la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe faisant suite à un état de stress post-traumatique survenu en novembre 1998, suite à un inceste subi de la part de son père. Selon le Dr M. _____, les symptômes présentés par l'assurée correspondent aux critères du trouble répertorié par la CIM-10 en F62.0. Il note que cette patiente plutôt intelligente, douée d'une certaine capacité d'auto-analyse, présente d'importantes défenses telles que l'hypervigilance et le besoin de contrôler la relation. Elle parle souvent d'une voix blanche, comme coupée de ses émotions, n'apparaissant pas autrement souffrir de sa situation mais quêtant de manière insistante une aide qu'elle paraît refuser tout à la fois quand elle ne correspond pas à ce qu'elle pourrait attendre (méfiance et/ou ambivalence). Il indique cependant qu'en explorant plus avant la souffrance éprouvée, elle peut se mettre à pleurer en évoquant son sentiment d'impuissance, ce qui laisse percevoir son authenticité. Elle montre curieusement une apparente maîtrise d'elle-même, qui contraste avec une fragilité intérieure et une forme de désespoir, qui transparaissent au fil des séances. Au titre des constatations objectives, le médecin relève une grande motivation dans son projet de réinsertion professionnelle malgré les difficultés d'intégration sociale en lien avec sa problématique psychique. Il relève également le blocage au niveau de sa relation avec les gens, préférant couper tout contact dès que la moindre difficulté se présente. Elle se sent vite jugée et rejetée, ce qui l'angoisse et la rend incapable de faire face à la situation. Il indique qu'elle est parvenue au cours des derniers mois à dépasser certaines de ses craintes et à poursuivre sa formation au sein de son école de couture, notamment en réduisant son temps de participation au cours. Il admet une évolution positive de son état psychique dans la mesure où sa patiente s'investit dans son travail psychothérapeutique depuis deux ans, sans qu'il ne soit possible pour lui d'établir un pronostic définitif. Il

relève que l'assurée possède selon lui les ressources nécessaires lui permettant de réaliser une réinsertion professionnelle, tout en rencontrant encore certaines difficultés qu'elle essaye de dépasser avec une grande motivation. Il indique enfin qu'une reprise d'activité à 100% est au-dessus de ses capacités actuelles, raison pour laquelle il préconise une reprise d'activité progressive, à 50% au plus dans un premier temps.

Le 13 février 2009, le Dr K. _____ du SMR a confirmé les difficultés de l'assurée à s'intégrer dans l'équipe, correspondant aux limitations fonctionnelles retenues lors de l'examen psychiatrique. Il relève que le Dr C. _____ a signalé une certaine aggravation et que F. _____, psychologue au cabinet du Dr C. _____, a évoqué une fragilité psychique importante avec intolérance au stress.

Au cours d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 25 mars 2009, l'assurée a exposé ne pas se sentir capable de terminer la formation qu'elle avait entreprise et a requis une aide en capital, afin de pouvoir mettre sur pied un projet consistant à vendre des produits sur Internet.

Contactée téléphoniquement par l'OAI le 8 avril 2009, relaté dans une fiche téléphonique du 17 avril 2009, la directrice de l'école de couture Z. _____ a relevé les absences régulières de l'assurée, son manque de motivation et d'investissement agissant sur son rendement et le fait qu'elle semblait hors de toute réalité, se mettant tous les élèves à dos.

Le 1^{er} mai 2009, le Dr K. _____ a confirmé son appréciation du 28 juin 2007, considérant que le Dr C. _____ n'avait apporté aucun élément en faveur d'une aggravation de son état de santé et qu'au contraire, il relevait plutôt une évolution positive de son état psychique.

Le 10 juin 2009, la mesure relative à sa formation professionnelle (préapprentissage de couturière) a été interrompue par l'OAI (cf. rapport intermédiaire du 12 juin 2009).

Lors d'un entretien téléphonique du 18 juin 2009 avec l'OAI, la psychologue F. _____ a fait part d'une capacité de travail de 50% de l'assurée, confirmant sa fragilité et ses nombreux problèmes relationnels. Elle a indiqué que cette dernière réagissait fortement au moindre imprévu, que sa manipulation lui semblait inconsciente et qu'à long terme, elle disposait d'un potentiel de réinsertion.

Dans un rapport médical du 18 août 2009, la Dresse A. _____, spécialiste en rhumatologie, a relevé le bon état général de la patiente tout en indiquant que le pronostic sur le plan rhumatologique était plus que réservé, cette dernière présentant des ds-DNA augmentés, spécifiques de la maladie lupique, bien qu'elle ne présente pas encore d'atteinte à l'un des organes nobles. S'agissant des recommandations pour la future thérapie, la Dresse A. _____ notait que cette dernière dépendrait des atteintes d'organes ainsi que de l'évolution articulaire sous le traitement actuel. Elle relevait qu'une capacité de travail sur le plan somatique serait éventuellement exigible, à réévaluer selon l'évolution clinique sous traitement de l'atteinte rhumatologique. D'un point de vue physique, l'atteinte rhumatologique se présentait sous la forme d'une fatigue intense, de douleurs articulaires et de tuméfactions articulaires dont les manifestations se traduisaient notamment par des difficultés à la mobilisation globale, des lâchages douloureux aux mains et des douleurs entravant le rythme de travail.

Dans un avis du 20 août 2009, le Dr K. _____ a évoqué l'hospitalisation de l'assurée durant trois semaines à l'hôpital psychiatrique de S. _____ en raison d'une décompensation avec tentative de suicide suite au diagnostic de lupus érythémateux posé. Il a requis l'avis de différents médecins de l'assurée.

Dans un rapport médical du 14 septembre 2009 adressé à l'OAI, le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a confirmé le diagnostic de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe faisant suite à un état de stress post-traumatique existant depuis 1998 et posé ceux de cervico-

scapulalgies droites chroniques dans un contexte d'hyperlaxité constitutionnelle depuis 1998-2000, de lupus avec atteinte ostéo-articulaire diagnostiqué en juin 2009 et de céphalées d'allure migraineuse depuis 1998-2000. Il a constaté une thymie abaissée, un discours monotone, cohérent et centré sur ses multiples douleurs, noté l'évocation d'idées suicidaires et confirmé la présence de synovites sur le plan articulaire objectivées par des rhumatologues. Quant au pronostic, il l'a considéré comme étant défavorable avec une situation qui se cristallisait de plus en plus, la patiente perdant progressivement de son autonomie. Il a indiqué que le lupus, maladie rhumatismale chronique, avait souvent un pronostic peu favorable avec une atteinte systémique progressive.

Dans un rapport médical du 29 septembre 2009 adressé à l'OAI, la Dresse A. _____ a confirmé les diagnostics posés de lupus avec atteinte immunologique, hématologique et ostéo-articulaire, de cervico-brachialgies droites chroniques, de syndrome d'hyper mobilité articulaire, d'hypothyroïdie substituée, de troubles de la personnalité et de maladie psychiatrique. Elle a attesté d'une incapacité de travail totale dans sa profession d'assistante médicale depuis le 5 juin 2009. Elle a évoqué, au titre de restrictions mentales et physiques, des synovites touchant les mains et les pieds, des troubles de la concentration et des troubles de l'humeur, pouvant être réduites par des traitements médicaux.

Par courrier du 1^{er} octobre 2009, le Dr M. _____ a indiqué à l'OAI que depuis le mois de juin 2009, la patiente était entrée dans un état de crise lié à différents facteurs de stress dont le diagnostic de lupus érythémateux. Elle présentait une exacerbation des symptômes dépressifs liés au diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (CIM-10 F62.0) depuis son hospitalisation à S. _____. Ces symptômes dépressifs étaient caractérisés par une tristesse, une fatigue, une anhédonie, une aboulie, une perte de l'élan vital, un trouble de l'appétit et du sommeil, mais sans idées suicidaires. Il attestait d'une incapacité de travail de 100% au vu de la péjoration de son état psychique.

Dans un rapport médical du 8 octobre 2009, la Dresse A. _____ a évoqué, suite à une consultation en urgence de la patiente, un état général conservé, afebrile, sans tuméfactions, ni chaleurs ni rougeurs des articulations hormis le poignet droit. Elle notait des synovites au niveau du poignet droit et 3^{ème} IPP à droite ainsi que les 3^{ème} métacarpophalangiens à droite. Bien qu'elle constatait des douleurs à la palpation de l'épicondyle ainsi qu'au niveau cervical, l'épaule n'était pas douloureuse à la mobilisation. Il n'y avait en revanche pas de douleurs au niveau de la palpation du rachis, dont la mobilisation était complète. Les ROT [réflexe ostéo-tendineux] étaient vifs et symétriques, sans trouble sensitivo-moteur.

Dans un rapport médical du 20 octobre 2009, la Dresse N. _____, chef de clinique adjoint auprès du département de psychiatrie de liaison du X. _____ (ci-après : le X. _____), a observé lors de son examen clinique une anxiété importante, associée à des troubles du sommeil sous forme d'hypersomnies et des troubles de l'appétit. Elle ne relevait en revanche pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée, mais retenait un discours circonstancié toutefois cohérent, une baisse du plaisir dans toutes les activités quotidiennes et une aboulie. Elle relevait encore que l'assurée présentait des idées suicidaires persistantes quoique fluctuantes.

Dans un rapport médical du 15 décembre 2009, la Dresse A. _____ a évoqué un examen clinique sans articulations tuméfiées, soit une amélioration objective de l'état clinique, le lupus étant à son avis cliniquement contrôlé.

Le 4 janvier 2010, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du SMR par les Drs R. _____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, et H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Du rapport d'examen du 12 février 2010, il ressort les diagnostics ayant une répercussion durable sur la capacité de travail de polyarthrite inflammatoire non déformante dans un contexte de lupus érythémateux

disséminé, de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile type borderline avec des traits paranoïaques, et d'hypermobilité articulaire. Les médecins ont retenu également comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail des cervico-dorsalgies chroniques non-déficitaires dans un contexte d'hypercyphose dorsale et des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat. Au titre de limitations fonctionnelles, les médecins ont admis, s'agissant des atteintes somatiques, que les travaux de force devaient être évités, que l'assurée ne pouvait pas effectuer de mouvements répétés des doigts ou des poignets, qu'on ne pouvait lui imposer de rendement ou de travail de nuit, que le travail en conditions climatiques extrêmes devait être évité et qu'elle ne pouvait porter de charges au-delà de 10 kg. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait des difficultés d'intégration sociale, des difficultés à gérer le stress, une fragilité psychologique, une méfiance, une interprétativité, et le sentiment d'être jugée et rejetée en permanence. S'agissant de la capacité de travail, les experts relevaient que dans les suites de sa formation à l'école T._____, l'assurée n'avait jamais eu de capacité de travail économiquement exploitable dans son activité de secrétaire médicale, initialement pour des raisons psychiatriques. L'incapacité de travail était restée totale dans cette activité, tandis que la capacité de travail exigible était déterminée par la tolérance du rhumatisme inflammatoire aux contraintes mécaniques et par la fréquence des poussées d'arthrite. Les experts ajoutaient les éléments suivants :

« L'incapacité de travail est totale à partir du 5.06.2009 (attestation de la Dresse A._____) en raison de la mise en évidence du lupus érythémateux, nécessitant des investigations et la mise en place d'un traitement. Depuis le 26.11.09, date de la dernière consultation à disposition de la Dresse A._____, nous retenons une exigibilité de 80% dans une activité adaptée. L'examen SMR de ce jour confirme la stabilisation de l'état sous traitement de Plaquenil. L'assurée conserve une bonne fonction tant au niveau de ses 4 membres qu'au niveau de son rachis. Dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, nous retenons une exigibilité de 80%; une diminution de 20% est retenue en raison de la persistance des polyarthralgies inflammatoires et de la fréquence des arthrites objectivée.

A relever que la formation de couturière proposée à l'assurée n'est pas adaptée aux limitations fonctionnelles retenues dans le cadre de

sa maladie rhumatismale. L'activité de secrétaire médicale n'est pas adaptée non plus en raison de la nécessité de taper des rapports et du rendement imposé.

L'incapacité totale pour des raisons psychiatriques recoupe l'atteinte somatique avec une décompensation psychique ayant nécessité son hospitalisation à S. _____ le 29.06.09. Depuis le 02.09.2009, date de son départ en [...] (mentionné dans le rapport médical), il n'y a plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles psychiatriques ».

Lors d'un entretien téléphonique du 16 avril 2010, l'assurée a annoncé à l'OAI qu'elle était convaincue de vouloir suivre une formation de praticienne de santé. Cette formation n'étant pas réalisable, compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée, l'OAI a préconisé un stage de quatre semaines auprès des I. _____ (ci-après : les I. _____) de [...], afin de déterminer s'il existait une autre orientation possible de réinsertion professionnelle (cf. rapport intermédiaire de l'OAI du 29 avril 2010). L'assurée n'a finalement jamais commencé ce stage, les deux visites effectuées par cette dernière pour repérer les lieux du stage ne l'ayant pas convaincue et ayant fait ressurgir ses angoisses et ses douleurs (cf. note téléphonique et courriel du 12 mai 2010).

Compte tenu des différentes observations effectuées, l'OAI a rendu un projet de décision du 15 octobre 2010, confirmé par une décision du 31 mars 2011, octroyant à l'assurée une rente entière à partir du 2 février 2005, compte tenu d'un degré d'invalidité de 86,14 %.

B. Parallèlement à son projet de décision, l'OAI a envoyé à l'assurée, par courrier du 15 octobre 2010, un formulaire de demande d'allocation pour impotent que l'assurée a complété et renvoyé à l'OAI le 26 octobre 2010. Dans ce formulaire, elle affirmait avoir besoin d'une aide pour sortir et entretenir des contacts sociaux. Elle indiquait en outre avoir besoin d'une surveillance personnelle de jour comme de nuit, pour faire la cuisine et les courses. Elle indiquait également qu'en raison de ses problèmes de santé elle avait besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie, dans la mesure où elle s'isolait et avait toujours besoin que son mari soit avec elle pour faire les

courses, le ménage, la cuisine, la nuit, et que toute seule elle ne faisait rien.

Dans un rapport médical du 20 janvier 2011, le Dr B. _____ a confirmé l'isolement de sa patiente et sa dépendance vis-à-vis de son mari pour les activités quotidiennes. Cette problématique était selon lui en lien avec des origines somatiques et principalement psychiques. Ces difficultés étaient globalement évoquées depuis 2005.

Une enquête relative à l'allocation pour impotent a été conduite par l'OAI le 26 mai 2011. Il en ressort notamment les éléments suivants :

« (...)

2. Observations

2.1 Eléments nouveaux concernant l'atteinte à la santé :

L'assurée annonce que son bras droit et ses mains vont mieux. Elle souffre toujours de migraines qui peuvent durer 30 heures. Elle indique qu'elle n'a pas de problème physique pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Seule son atteinte psy est un handicap dans sa vie quotidienne précise-t-elle.

2.2 Limitations fonctionnelles selon l'assuré(e) et/ou son entourage :

Fatigue, manque d'élan vital. L'assurée reconnaît qu'elle fait subir les conséquences de sa maladie à son mari. Elle ajoute qu'elle change tout le temps d'idées. Elle mentionne surtout qu'elle ne peut absolument pas rester seule. Elle se dit très angoissée si elle doit être seule avec une autre personne. C'est pour cette raison qu'elle souhaite que son mari l'accompagne partout. Il était donc présent le jour de l'enquête.

(...)

4. Indications concernant l'impotence

4.1 [Les actes ordinaires de la vie] Besoin d'aide régulière et importante Depuis

	oui	non
4.1.1 Se vêtir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

L'assurée déclare le faire seule, mais elle met n'importe quoi. Dit même qu'elle pourrait sortir de chez elle en pyjama ou en jogging.

Se devêtir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pas d'aide.		

Préparer les vêtements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2005		

Le mari laisse l'assurée faire pour rester à la maison, mais il choisit les vêtements qu'elle portera pour sortir. L'assurée reconnaît ne plus voir s'ils sont propres ou pas et elle n'a aucune notion de ce qu'il faut porter en fonction des conditions climatiques. Elle ajoute que son mari lui dit qu'il aurait honte si elle n'était pas habillée

correctement pour sortir s'ils rencontrent des connaissances, alors qu'elle s'en moque totalement.

(...)

4.1.6 Se déplacer

- à l'extérieur

2005

L'assurée ne sort jamais seule, son mari doit d'ailleurs la pousser à le faire. Il doit toujours être avec elle. L'assurée dit pouvoir rester 5 min si son mari est descendu à la chambre à lessive par exemple, mais s'il doit aller à la mosquée durant 1h30 le vendredi cela lui pose problème car elle a alors des angoisses qui la dépassent. Elle ne prend plus de médicaments, car elle estime ne pas les supporter, ce serait la présence de son mari qui l'apaise dit-elle.

Entretenir des contacts sociaux

2005

L'assurée dit ne pas pouvoir être seule avec une personne. Seule sa psychologue impose cela. Elle se rend toutefois seule au rendez-vous, mais son mari doit venir la chercher à la fin de la séance pour la rassurer. L'assurée mentionne qu'il l'accompagne partout chez les autres médecins qui l'acceptent d'ailleurs.

L'assurée a pu téléphoner à l'enquêtrice pour faire fixer un rendez-vous. Elle a été tout à fait adéquate durant ce contact et le jour de la visite à domicile. Sa pensée est bien structurée. Elle s'exprime volontiers et semble très consciente de son état. Elle se retranche derrière le fait qu'elle est ainsi depuis l'âge de 18 ans et il lui semble difficile d'atteindre une amélioration durable. Par moment elle « fonctionne » un peu mieux et elle rechute.

(...)

4.2 [Besoin d'un accompagnement durable]

(...)

4.2.1 Prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante

2005

L'assurée n'entreprend rien seule. Son mari se charge de toutes les tâches ménagères et de la gestion administrative. Lorsqu'elle se sent assez bien elle l'aide un peu mais cela est assez rare dit-elle. Le mari est d'accord. Rappelons que notre assurée n'a aucun empêchement physique, mais elle est totalement dépendante de son mari pour structurer ses journées, veiller à ce qu'elle se prépare à temps pour se rendre à un rendez-vous, qu'elle prenne conscience de la durée du trajet, etc.

Il doit consacrer 1 heure en moyenne pour gérer le programme de la journée, convaincre l'assurée de sortir, adopter une autre stratégie car elle change tout le temps d'avis (c'est elle qui le dit). Il consacre environ 1 heure pour la préparation des repas de l'assurée. 1 heure pour le ménage que ne fait pas l'assurée et 30 min pour la lessive, cela nous conduit à une estimation de 3h 30 par jour, soit 24 heures 30 par semaine.

4.2.2 Accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile

2005

L'assurée se rend seule à son rendez-vous chez sa psychologue 2 x par semaine, mais son mari doit venir la chercher à l'issue de la séance pour la rassurer. Il doit aussi la conduire et l'accompagner à

tous les autres rendez-vous (dentiste, gynécologue, etc.). Ils font les courses ensemble comme but de sortie et l'assurée accepte parfois de faire une promenade. Cela représente 3 heures par semaine en moyenne.

4.2.3 Présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable

L'assurée n'est pas isolée. Elle vit avec son mari qui doit être présent 24h sur 24. Le couple n'a que peu de contact avec d'autres personnes. L'assurée va parfois à la mosquée par périodes, 2-3 mois cite-elle, puis plus du tout. C'est la seule sortie que le mari fait seul. Il se rend à la mosquée tous les vendredis pendant 1 heure et demie, ce qui angoisse l'assurée car elle se retrouve seule.

(...)

4.4 La personne assurée a-t-elle besoin d'une surveillance personnelle ?

2005

L'assurée dit ne pas pouvoir rester seule plus de 5 min et encore faut-il que son mari reste dans l'immeuble comme pour aller à la buanderie. Le fait qu'il s'absente 1h30 tous les vendredis est insupportable pour elle au point que Pro Infirmis va déléguer une personne à domicile pour encadrer l'assurée ».

Dans son rapport, l'enquêtrice a fait part des remarques suivantes :

« L'enquête à domicile aura permis de faire préciser l'aide apportée. L'organisation est la suivante :

Le mari ne travaille plus depuis mai 2010. Il aurait été licencié car son travail ne donnait pas satisfaction. Il fonctionnait comme concierge dans un immeuble à [...] à raison de 4 heures par semaine. Même avec ce petit taux d'activité l'assurée ne pouvait supporter de rester seule et elle appelait sans arrêt son mari qui « baclaît » son travail pour rentrer dit-elle. Il la prenait quelque fois avec lui mais elle s'impatientait aussi. Le mari aurait fait une demande AI. Une activité de travail exigible de 50 % lui aurait été reconnue, mais il estime ne pas pouvoir travailler pour s'occuper de notre assurée. Ils vivent de l'aide sociale (PC) qui complète le revenu de la rente de l'assurée.

Il a fallu bien préciser les conditions d'octroi d'une API, car mes interlocuteurs espéraient sans l'avouer directement que la prise en charge de notre assurée serait rétribuée. Ils estiment avoir un budget très serré, mais n'envisagent pas une reprise d'activité du mari et encore moins une amélioration de l'état de santé de notre assurée qui pourrait le permettre.

Il est évident que dans ce contexte, qui dépasse largement le cadre d'une enquête classique, il est impossible à l'enquêtrice de définir s'il y a surprotection de la part du mari. L'avis du SMR pourrait être demandé en lui soumettant ce rapport.

L'absence de toute médication pour l'atteinte psy (indication donnée par l'assurée) est surprenante. L'assurée dit que c'est son mari qui la remplace, car selon elle tous les traitements qu'elle a suivis par le passé avaient tendance à la pousser au suicide.

L'entretien s'est toutefois bien passé, le mari a laissé l'assurée s'exprimer. Il s'est tenu un peu à distance et [n']a répondu qu'aux demandes de précisions (dates, etc.). Il a toutefois très clairement exprimé son impuissance à apporter une amélioration de l'état de son épouse malgré son engagement de tous les instants.

Vu la particularité de ce dossier, je reste bien entendu à disposition si nécessaire ».

Dans un rapport du SMR du 20 juin 2011, le Dr J._____, a indiqué que la demande d'allocation d'impotence était basée sur les dires de l'assurée et que les empêchements annoncés ne pouvaient être la conséquence des problèmes de santé retenus par le SMR en 2010.

Dans un courrier du 22 janvier 2012 adressé à l'OAI, l'assurée a rappelé le besoin d'aide de son mari pour préparer les repas, s'habiller, faire ses courses, éviter de la laisser seule, entretenir des contacts de voisinage et gérer son argent.

Le 3 février 2012, l'OAI, par son service juridique, a relevé les incohérences du dossier relatif à la demande d'impotence.

Dans un projet de décision du 9 février 2012, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation d'impotence, en se référant notamment aux remarques du Dr J._____ dans le rapport du SMR du 20 juin 2011.

Par courrier recommandé du 12 avril 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire Procap, a fait part à l'OAI de ses objections au projet de décision. Elle a en particulier répondu aux différents arguments de l'OAI et demandé que l'accompagnement régulier du fait de l'atteinte psychique et physique soit reconnu, quand bien même le nombre d'heures déterminées pourrait être revu à la baisse, il restait toutefois largement supérieur à 2 heures par semaine.

La recourante a joint à son opposition un rapport médical du 2 avril 2012 du Dr CB._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'attention de Procap. Dans son rapport, le Dr CB._____ explique en particulier que la pathologie psychique dont souffre l'assurée implique une peur de l'abandon importante pouvant être associée à une peur de la solitude. Il précise qu'il n'est toutefois pas indiqué dans les manuels diagnostics que, de ce type de pathologie découle une incapacité à accomplir les tâches quotidiennes. Ce médecin relève en outre que si sa patiente s'est présentée à quelques reprises avec son mari aux consultations, elle a, par la suite, accepté de venir seule. Il a indiqué être dans l'impossibilité d'objectiver les différents éléments cités par sa patiente pour attester de son besoin d'accompagnement, tout en confirmant qu'ils avaient été cités par la patiente lors d'entretiens thérapeutiques.

Par décision du 25 juillet 2012, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent et confirmé son projet de décision. Dans un courrier annexé, il a motivé son refus.

C. Par acte du 14 septembre 2012, W._____, par l'intermédiaire de son mandataire, a recouru contre la décision du 25 juillet 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a en particulier relevé le besoin qu'elle avait de surveillance personnelle permanente et d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie à raison d'au moins 27 heures 30 par semaine, que de surcroît elle était victime d'impotence du fait de son invalidité pour au moins deux actes ordinaires de la vie (se vêtir/dévoiler et se déplacer/entretenir des contacts sociaux), que sans l'aide de son mari et de sa mère elle dépendrait d'un home ou d'un foyer. Elle ajoutait, d'une part, que l'enquête du 26 mai 2011, émanant des propres services de l'OAI, satisfaisait aux critères jurisprudentiels lui conférant par conséquent une valeur probante, et d'autre part, que les constatations médicales du Dr B._____ dans son rapport médical du 20 janvier 2011 devaient être prises en considération, dans la mesure où elles étaient plus complètes que celles établies par le Dr J._____ dans le rapport SMR du 20 juin 2011. Elle a conclu, sous suite

de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision du 25 juillet 2012 et à l'octroi d'une allocation pour impotent, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire.

Par courrier du 3 octobre 2012, Procap a transmis à titre de moyen de preuve supplémentaire un rapport médical du 26 septembre 2012 que le Dr B._____ lui a fait parvenir, lequel précisait notamment ce qui suit :

« (...)

3) En lien avec sa problématique psychique, Mme W._____ est presque constamment accompagnée par une personne durant la plupart des activités du quotidien. Il s'agit principalement de son mari (qui vient presque à toutes les consultations), mais également sa mère et sa famille en [...] où elle se rend régulièrement. Elle vient d'ailleurs de déménager dans le même immeuble que sa mère à [...]. Son réseau social est extrêmement pauvre. Il est presque exclusivement constitué par des personnes en lien direct ou indirect avec le domaine médical (médecins, physiothérapeutes/ostéopathe, psychologues, autres thérapeutes, assistants sociaux, ...). En lien avec sa problématique psychiatrique, elle a beaucoup de peine à structurer son quotidien et ses projets. Les tâches ménagères sont le plus souvent effectuées par son mari, sa mère et sa famille. Les douleurs physiques au niveau du dos, des cervicales et les céphalées contribuent d'ailleurs à cette perte d'autonomie. En fonction de la fluctuation de son état psychique, cette « dépendance » face à son entourage varie, mais durant ces dernières années on a plutôt tendance à observer un renforcement de cette problématique de besoin d'accompagnement, comme en témoigne le récent déménagement dans le même immeuble que sa mère.

4) depuis 3 ans que je connais cette patiente, la situation globale est restée relativement stable. Le pronostic d'évolution favorable est donc plutôt sombre. Nous observons plutôt une augmentation des mécanismes de « dépendances » et de perte d'autonomie puisqu'elle s'appuie de plus en plus sur son entourage pour gérer son quotidien ».

Dans sa réponse du 12 novembre 2012, l'intimé a relevé que si le rapport d'enquête du 26 mai 2011 concluait certes, sur la base des seules indications de l'assurée elle-même, à un besoin d'aide pour un temps en heures relativement important, la collaboratrice avait néanmoins pris soin d'indiquer qu'il lui était impossible de déterminer si l'aide fournie par le mari s'expliquait par les atteintes à la santé de l'assurée. L'intimé a encore évoqué le rapport du 2 avril 2012 du Dr CB._____ qui estimait

que si la pathologie psychique pouvait impliquer une peur de l'abandon, rien ne permettait d'admettre que ce type de pathologie soit susceptible d'engendrer une incapacité face aux tâches quotidiennes. L'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 25 juillet 2012.

Dans sa réplique du 3 janvier 2013, la recourante a confirmé les conclusions de son recours, en ce sens qu'elle avait droit à l'octroi d'une allocation pour impotent d'un degré moyen, compte tenu de la nécessité d'aide d'autrui pour au moins deux actes ordinaires de la vie. Si celle-ci ne devait pas être admise, l'octroi d'une allocation pour impotent d'un degré faible était en tout les cas fondé, dans la mesure où la recourante nécessitait une surveillance personnelle permanente et un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie pour plus de 12 heures par semaine.

Par duplique du 7 février 2013, l'intimé a maintenu ses conclusions.

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 (art. 1 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 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation d'impotence.

3. a) Selon l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa 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 la jurisprudence (TF 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4), qui renvoie au ch. 8010 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), les actes ordinaires de la vie les plus importants se répartissent en six domaines :

- se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever);
- se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter);
- manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde);
- faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher);
- aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes);
- se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux).

Conformément à l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art.13 LPGGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent; l'art. 42bis (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. 42bis, al. 5, est réservé (al. 3).

Le droit à l'allocation pour impotent ne prend naissance que lorsque l'assuré a présenté une impotence durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI; ATF 127 V 113 consid. 3b; 111 V 226 consid. 3).

Selon l'art. 37 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), 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 (let. e).

Conformément à l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42 al. 3 LAI 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;
- faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne; ou
- éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur.

Au sens de l'art. 38 al. 1 let. c RAI, l'accompagnement doit éviter la mise en danger concrète de s'isoler du monde extérieur et dès lors empêcher une détérioration notable de l'état de santé. Conformément aux directives, l'isolement et la détérioration subséquente de l'état de santé doivent s'être déjà manifestés, la seule menace d'isolement n'étant pas suffisante. La jurisprudence a confirmé la conformité à la loi de ce principe (TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008, consid. 5.2.2; ch. 8052 CIIAI; Michel Valtério, Droit de l'assurance vieillesse et survivant AVS et de l'assurance invalidité, Commentaire thématique, n° 2301, éd. Schultess 2011).

b) De manière générale, la jurisprudence a admis que l'enquête effectuée par l'OAI, conformément à l'article 69 al. 2 RAI, était le moyen adéquat pour constater l'impotence et déterminer le droit en découlant. La valeur probante d'un tel rapport dépend de sa rédaction par une personne qualifiée qui connaît les circonstances locales et l'habitat, les empêchements et le handicap qui se dégage du diagnostic médical. Il doit contenir les indications de l'assuré mais également les avis divergents des intéressés. Son texte doit être plausible, fondé et suffisamment détaillé sur les divers empêchements et concorder avec les données recueillies sur place (ATF 128 V 93 consid. 4; TF I 568/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2; Michel Valtério, op. cit., n° 2264). Si les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec constatations faites sur le plan médical, il

faudra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001 p. 155 consid. 3c p. 158). De même, des questions complémentaires devront être posées à des spécialistes du domaine médical s'il vient des doutes sur les effets que provoquent des troubles physiques ou psychiques sur les actes ordinaires de la vie (VSI 2000 p. 324 consid. 2b; Michel Valtério, op. cit., n° 2264).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y

avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Enfin, il convient également de préférer les constatations d'ordre médical à celles ressortant du rapport d'enquête à domicile en cas de divergences (TF I 661/05 du 23 juillet 2007 consid. 6.1; Michel Valtério, op. cit., n° 2265).

4. Selon les déclarations de la recourante, seule son atteinte psychique est constitutive d'un handicap dans sa vie quotidienne. De ce fait, elle a indiqué n'être plus capable de reconnaître la propreté de ses vêtements et n'avoir plus de notion s'agissant des habits adéquats à porter en fonction des conditions climatiques. De même, elle a déclaré être tributaire de l'aide de son mari pour se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux, ainsi que pour effectuer les tâches ménagères, la gestion administrative, pour structurer ses journées en veillant à ce qu'elle se prépare à temps pour se rendre à ses rendez-vous,

pour la conduire et l'y accompagner (rapport d'enquête de l'intimé du 26 mai 2011 ch 2.1; 4.1.1; 4.1.6; 4.2).

Cependant, à la lecture du rapport d'enquête de l'intimé du 26 mai 2011, force est de constater que l'enquêtrice a émis un certain nombre de réserves en regard des indications de la recourante compte tenu de ses propres constatations. Ainsi, elle a relevé que c'était la recourante elle-même qui avait pris rendez-vous avec elle, entretien au cours duquel elle avait été tout à fait adéquate, de même que le jour de sa visite à domicile. Contrairement à ce que la recourante laissait entendre, sa pensée lui semblait bien structurée, cette dernière s'exprimant volontiers. L'enquêtrice s'est en outre étonnée de l'absence de toute médication du point de vue psychiatrique, de même que des attentes financières de ses interlocuteurs. Enfin, elle sollicitait un avis médical, s'estimant démunie s'agissant de distinguer les éléments médicaux des éléments relevant d'une surprotection de la part du mari.

Ainsi, si ce rapport, en tous points conforme à la jurisprudence, dispose de la valeur probante nécessaire, il ne permet assurément pas, contrairement à ce qu'allègue la recourante, d'admettre sans autre une impotence sur la base de ses allégations fidèlement retranscrites par l'enquêtrice.

L'avis des médecins qui se sont prononcés sur la base des constatations faites dans ce rapport, tant le SMR, sous la plume du Dr J. _____ que le Dr CB. _____, psychiatre traitant, ne permet pas plus d'admettre une quelconque adéquation entre les troubles psychiques et les empêchements annoncés par la recourante. Certes le psychiatre traitant a-t-il relevé que la pathologie psychique de la recourante pouvait impliquer une peur de l'abandon associée à une peur de la solitude, mais il a toutefois précisé qu'aucun manuel diagnostique n'évoquait une impossibilité de faire face aux tâches quotidiennes du fait de cette pathologie. De même, il a admis être dans l'impossibilité d'objectiver les éléments cités par la recourante au cours de différents entretiens pour justifier son besoin d'accompagnement permanent (rapport SMR du 20

juin 2011; rapport médical du Dr CB._____ du 2 avril 2012 p. 2). Ainsi, l'avis du Dr J._____ n'est il pas isolé et, bien qu'il ne se fonde pas sur une consultation avec l'assurée, il rejoint celui du psychiatre traitant de la recourante. Quant à l'avis du Dr B._____ du 25 septembre 2012, sur lequel s'appuie essentiellement la recourante, il ne saurait disposer, s'agissant de la pathologie psychiatrique, de la même force probante que l'avis du Dr CB._____, à mesure que le premier dispose d'un titre FMH en médecine interne et n'est dès lors pas spécialiste en psychiatrie.

Enfin, la lecture des autres éléments du dossier ne permet pas plus à la Cour de se convaincre de la nécessité pour l'assurée d'être assistée par son mari depuis 2005 pour s'habiller, entretenir des contacts et se déplacer à l'extérieur. Pas plus qu'elle n'est convaincue de son besoin d'être assistée pour structurer ses journées, accomplir les tâches administratives et même éviter un isolement durable. En effet, toutes les démarches effectuées par la recourante, sous forme de nombreux entretiens téléphoniques ou personnels avec les différents gestionnaires de l'intimé ou sous forme d'échanges épistolaires entretenus pour faire avancer son dossier et atteindre ses objectifs, plaident bien plutôt en faveur de son autonomie. A aucun moment il ne ressort des rapports relatifs à son préapprentissage ou même des rapports médicaux, notamment de ses psychiatres traitants, que de tels problèmes aient entravé son indépendance. Au contraire, avant d'entreprendre la mesure d'observation aux I._____ en mai 2010, la recourante s'est spontanément présentée quelques jours avant pour repérer les lieux du stage, ce qui dénote d'autonomie, de même lors de sa tentative de préapprentissage comme couturière, il n'a jamais été question de difficultés relatives à son habillement et à ses déplacements extérieurs, pas plus que lors de son premier stage en janvier 2008 auprès de la coopérative Q._____, durant lequel la responsable notait sa bonne intégration et son investissement.

Enfin, aucun des médecins psychiatres consultés avant le mois de mai 2011 n'a constaté une quelconque impotence. Au contraire dans son rapport du 31 octobre 2006, le Dr C._____ notait textuellement

l'absence de besoin d'aide de la recourante pour accomplir les actes ordinaires de la vie. La Dresse U. _____ du SMR, suite à son examen psychiatrique du 10 mai 2007, n'objectivait pas non plus la présence d'un retrait social. Certes plusieurs médecins, tels les Drs M. _____ et K. _____ ont relevé les difficultés d'intégration sociale de la patiente au titre de limitations fonctionnelles, difficultés qu'ils n'ont pourtant jamais considérées comme causale de la nécessité d'un accompagnement durable et permanent, mettant même en exergue les ressources de la recourante lui permettant de se réinsérer.

Ainsi, aucun élément au dossier ne permet à la Cour de se convaincre de la perte d'autonomie totale annoncée par la recourante dans sa requête d'allocation d'impotence, ne serait-ce qu'à raison de 2 heures par semaine. Il semble en revanche que la recourante s'est employée à convaincre l'intimé de sa dépendance, dès lors que celui-ci lui a fait parvenir le formulaire de demande d'impotence parallèlement à sa décision d'octobre 2010, aucune demande n'ayant été formulée dans ce sens auparavant.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a refusé, à ce stade, d'octroyer à la recourante des prestations relatives à une allocation d'impotence.

5. Pour tous ces motifs, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 25 juillet 2012 est confirmée.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de W._____.

- 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour W._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :