

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 février 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Pasche, juge, et M. Riesen, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 et 38 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante bosniaque née en 1970, est entrée en Suisse en 1994 pour y rejoindre son conjoint, avec lequel elle a donné naissance à deux enfants en 1995 et 1997.

Après avoir exercé diverses activités lucratives dans le domaine hôtelier, elle a été engagée en tant qu'employée d'entretien de locaux d'entreprise par la société D. \_\_\_\_\_ SA dès août 1999. Cet employeur a mis fin aux rapports de travail avec effet au 31 juillet 2009 par correspondance du 22 avril 2009.

**B.** Dans l'intervalle, l'assurée a été victime de plusieurs chutes, survenues notamment les 11 octobre 2008, 22 avril 2009 et 26 août 2009, dûment annoncées à la Z. \_\_\_\_\_ en sa qualité d'assurance-accidents de D. \_\_\_\_\_ SA.

Consécutivement à ces événements, l'assurée a présenté des cervicalgies, des vertiges, des paresthésies péri-buccales et crâniennes, ainsi que des troubles anxieux. Une incapacité totale de travail a été prononcée sans interruption depuis le 11 octobre 2008.

A la demande de la Z. \_\_\_\_\_, l'assurée a été examinée par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui a communiqué son rapport le 5 juin 2009 et exclu toute « atteinte structurelle majeure du système nerveux » en présence d'un électroencéphalogramme (EEG) normal, d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale et de radiographies cervicale, dorsale et lombaire « sans anomalie significative », ni « lésion traumatique osseuse ».

**C.** L'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc le 1<sup>er</sup> décembre 2009 auprès de

l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Compte tenu de la persistance de la symptomatologie et de l'incapacité totale de travail, la Z.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, réalisée du 14 au 17 décembre 2009 au sein de la Clinique E.\_\_\_\_\_ par les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Au terme de leur rapport du 21 décembre 2009, les experts précités ont retenu les diagnostics de « cervicalgies chroniques (M54.2) », « status après chutes à répétition avec possible traumatisme crânien (2002 - 2003 - octobre 2008 - avril et août 2009) », « spondylolyse bilatérale de L5 » et « dysthymie », précisant que « des facteurs non lésionnels conditionn[aient] de façon pratiquement exclusive le tableau clinique et l'évolution ». Ils ont conclu leur appréciation du cas en ces termes :

« [...] On soulignera [que l'assurée] est autonome dans la vie de tous les jours, ne montrant aucun handicap pour les transferts, les déplacements, les soins corporels ou la communication.

[...] Les investigations en série réalisées à la suite des différentes chutes et les bilans médicaux successifs ne permettent aucun diagnostic quant à leur origine ni quant à leurs conséquences éventuelles (pas d'atteinte physique objectivable). La patiente oppose une pensée factuelle aux propos rassurants des médecins. Elle s'est engagée dans un processus d'invalidation, allant jusqu'à déposer une demande de prestations AI que ne justifie à l'évidence pas son atteinte à la santé. Celle-ci repose sur des éléments essentiellement subjectifs et sur des limitations qui paraissent surtout comportementales. On doit s'attendre, comme elle l'a fait jusqu'ici, à ce que [l'assurée] conteste toute décision d'assurance qui lui paraîtra défavorable. [...]

Dans ce contexte, nous n'avons pas de solution proprement médicale à offrir. [...] »

La Z.\_\_\_\_\_ a mis fin à ses prestations à compter du 28 août 2009 par décision du 8 janvier 2010.

Après consultation du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), l'OAI a établi un projet de décision le 10 mai 2010, envisageant de nier le droit de l'assurée à toutes prestations AI, au motif que celle-ci aurait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle au plus tard dès le 17 août 2009.

**D.** L'assurée a initié un traitement spécialisé à compter du 14 avril 2010, assumé par la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

A l'instigation de son médecin généraliste traitant, le Dr A.\_\_\_\_\_, l'assurée a en outre consulté les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et J.\_\_\_\_\_, médecin chef de traumatologie au sein du Centre K.\_\_\_\_\_. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 2 juin 2010, ne pas « mettre en évidence de signes objectivables d'une myélopathie cervicale ou d'une contusion cérébrale ». Il a conclu au diagnostic de « trouble somatoforme douloureux dont la prise en charge s'avér[ait] difficile compte tenu de l'échec des différents traitements déjà prescrits ». Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il a signalé le 30 juillet 2010 que son « examen clinique n'objectiv[ait] rien de particulier » hormis une « surcharge psychique se manifestant par un état apathique ».

L'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique, dont le mandat a été confié au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par la X.\_\_\_\_\_SA, assurance perte de gain en cas de maladie de l'ancien employeur. Ce praticien a rendu son rapport le 4 novembre 2010, où il a pris en considération les diagnostics d'un « épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) » et d'un « syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) », excluant toutefois un trouble de la personnalité. Il a retenu l'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée dès août 2010, compte tenu d'un tentamen médicamenteux ayant nécessité son hospitalisation au sein de la Fondation S.\_\_\_\_\_, et estimé que sa capacité de travail était nulle dans toutes activités depuis lors. Au titre de limitations fonctionnelles,

étaient mentionnés « l'anéergie, l'aboulie, la perte de la confiance en soi et le sentiment de désespoir ». L'expert observait qu'à son sens les critères de gravité dégagés par le Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux étaient réunis du fait de l'intensité desdites limitations et de l'épisode dépressif diagnostiqué, de sorte que les atteintes à la santé s'avéraient incapacitantes. Le pronostic était globalement défavorable en dépit des thérapies entreprises.

L'OAI a réceptionné des rapports médicaux intermédiaires, rédigés par la Dresse N. \_\_\_\_\_ les 23 novembre 2010 et 26 janvier 2012, ainsi que celui du Dr A. \_\_\_\_\_ du 7 février 2011, auquel étaient joints le rapport de consultation du Centre R. \_\_\_\_\_ du 29 août 2010 et le résumé de séjour de la Fondation S. \_\_\_\_\_ du 18 novembre 2010, consécutifs au tentamen médicamenteux commis par l'assurée le 29 août 2010. Les médecins traitants ont pour l'essentiel fait état d'une situation stationnaire, l'incapacité totale de travail perdurant, compte tenu d'un épisode dépressif qualifié de « sévère » et de « multiples somatisations ». La psychiatre traitante de l'assurée précisait que « les actes de la vie quotidienne [étaient] réduits au minimum, la patiente [étant] totalement dépendante de la présence de son entourage » et passant « une grande partie de la journée allongée de peur de faire des malaises ».

Sollicité pour avis, le SMR, sous la plume des Drs O. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, médecins, a considéré entre-temps que l'assurée présentait une incapacité de travail dans toutes activités à compter du 28 août 2010 du fait d'un épisode dépressif sévère. Une révision de son dossier devait être prévue à l'échéance d'un délai d'une année (cf. avis SMR du 20 décembre 2010).

**E.** En date du 22 août 2012, l'assurée a formellement requis une allocation pour impotent auprès de l'OAI, arguant du besoin d'aide directe et régulière d'autrui, singulièrement de sa fille adolescente, pour l'accomplissement de cinq actes ordinaires de la vie depuis 2008, soit pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger » - plus particulièrement pour couper ses aliments en cas de

fortes douleurs –, « se laver/se baigner/se coiffer », ainsi que « se déplacer et entretenir des contacts sociaux ». Elle signalait également avoir besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie, concrétisé notamment par l'assistance hebdomadaire d'un infirmier spécialisé à la préparation de ses médicaments et d'un ergothérapeute pour stimuler les déplacements autonomes.

Par rapport médical du 28 septembre 2012, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a confirmé les allégations de sa patiente quant à son besoin d'aide et d'accompagnement, précisant que le pronostic demeurait stationnaire.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant de l'assurée, a pour sa part suggéré à la même date une évaluation médicale par les services de l'OAI, compte tenu de la situation de sa patiente qualifiée de « stationnaire sans problème majeur d'ordre psychiatrique ».

Le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est étonné de l'absence d'amélioration de l'état de santé de l'assurée par avis du 8 janvier 2013, suggérant de vérifier sa compliance médicamenteuse et de requérir des informations actualisées auprès de la Dresse N.\_\_\_\_\_.

Cette dernière a communiqué un nouveau rapport intermédiaire le 25 février 2013, auquel étaient annexés les résultats des tests sanguins destinés à vérifier le dosage des médicaments antidépressive et anxiolytique. Elle a par ailleurs relaté les éléments suivants :

« [...] Depuis septembre 2012, la patiente a continué à bénéficier d'une prise en charge lourde, à savoir des soins infirmiers à domicile comprenant la préparation d'un semainier et une ergothérapeute également à domicile. Elle ne sort en effet de chez elle qu'accompagnée, soit de sa fille, soit de l'ergothérapeute, en raison d'une anxiété majeure et d'une peur du regard d'autrui.

Les rapports avec son conjoint se sont fortement dégradés et ont conduit, en raison d'un conflit financier à une décision de séparation de la part de [l'assurée]. [...] [L'assurée] aimerait trouver un appartement pour elle et sa fille, se sentant totalement incapable de vivre seule, mais n'est pas capable actuellement d'entreprendre des démarches dans ce sens. La patiente présente toujours une tristesse

importante, une anxiété majeure se manifestant régulièrement par des épisodes de vomissements, de vertiges et de perte d'équilibre. [L'assurée] décrit toujours un cortège de symptômes liés à des douleurs à la nuque, l'empêchant de mener à bien toute activité et la rendant totalement dépendante de son entourage. Elle n'a par contre plus actuellement d'idées suicidaires et peut parfois se sentir légèrement mieux. »

Compte tenu de ces renseignements, le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR a confirmé l'aggravation durable de l'état de santé de l'assurée depuis le 28 août 2010 à l'issue d'un avis du 8 avril 2013.

Par un second projet de décision du 25 juin 2013, remplaçant celui du 10 mai 2010, l'OAI a indiqué retenir que l'assurée présentait une incapacité totale de travail pour toutes activités dès le 28 août 2010, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100%, lui étant reconnu à l'échéance du délai de carence d'un an, soit dès août 2011. Il a adressé un prononcé en ce sens à la caisse de compensation compétente.

**F.** A la même date, l'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assurée en vue d'examiner si les conditions de l'impotence étaient remplies dans son cas. Aux termes du rapport corrélatif du 4 juillet 2013, l'enquêtrice de l'OAI a relevé préalablement ce qui suit :

« L'assurée ne sort jamais seule de chez elle, elle est accompagnée de l'ergothérapeute ou de sa fille et uniquement pour les rendez-vous médicaux. L'ergothérapeute vient à domicile 1x/semaine pour faire des activités et essayer de sortir un moment. L'assurée est toujours très anxieuse, elle a des vertiges qui lui font perdre l'équilibre. Elle doit toujours se tenir et faire des mouvements très lents car sinon, les vertiges sont plus forts et craint de tomber (voit la pièce tourner autour d'elle). Elle ne peut pas se pencher en avant en raison des vertiges. L'assurée a des douleurs sur la tête et mentionne qu'elle a quelque chose dedans qui fait « pression » comme si cela devait « sortir ». Elle ne supporte pas que quelque chose touche sa tête (met des habits avec des fermetures éclair) et lève difficilement ses bras au-dessus de sa tête. Douleurs importantes dans la nuque. »

Sous rubrique « Indications concernant l'impotence », singulièrement quant au besoin d'aide en vue de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, l'enquêtrice de l'OAI a observé qu'une aide était nécessaire depuis 2008 pour cinq actes, à savoir « « se vêtir/se dévêtir »,

« se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Elle a relaté les éléments ci-dessous :

#### « 4.1.1 Se vêtir

Aide directe de la fille de l'assurée pour mettre le soutien-gorge car l'assurée n'arrive pas à faire le mouvement des bras vers l'arrière. L'assurée ne pouvant pas se baisser plus bas qu'à hauteur des genoux, sa fille enlève tous les habits du bas (aide régulière tous les matins). Pour réduire le dommage, l'assurée a des habits avec boutons ou fermeture éclair car elle n'arrive pas à les enfiler par la tête en raison des douleurs et ne supporte pas cette sensation.

#### Se dévêtir

Idem pour les mêmes raisons.

[...]

#### 4.1.2 Se lever

L'assurée se lève seule d'une chaise ou d'un canapé en prenant appui des deux mains. Elle est très prudente et fait des gestes très lents pour éviter d'avoir des vertiges qui pourraient la faire chuter.

#### S'asseoir

Idem pour les mêmes raisons.

#### Se coucher

Aide plusieurs fois par jour pour monter les jambes dans le lit ou sur le canapé lorsque l'assurée veut s'allonger ou se lever. L'assurée dit qu'elle n'y arrive pas en raison de ses douleurs de la nuque qui l'empêchent de faire cet effort. Lorsque sa fille est absente, une voisine vient l'aider pour aller, par exemple, aux toilettes.

#### 4.1.3 Manger

[...]

#### Couper les aliments

Aide directe pour couper tous les aliments car l'assurée ne le fait plus (manque de force ?). La fille de l'assurée ne veut pas qu'elle utilise un couteau car craint qu'elle se coupe. Ne coupe pas le pain.

[...]

#### 4.1.4 Faire sa toilette

#### Se laver

L'assurée se lave le visage et les dents au lavabo. Elle mentionne devoir se tenir fermement d'une main, pour le faire.

#### Se coiffer

L'assurée est toujours coiffée par sa fille, sinon elle ne le fait pas en raison des douleurs de la nuque, du cuir chevelu et de l'impossibilité de lever les bras au-dessus de la tête.

#### Se baigner/se doucher

Aide directe de la fille de l'assurée pour enjamber la baignoire en raison des vertiges. Aide directe pour laver le dos et le bas du corps car l'assurée ne peut pas se pencher plus bas que la hauteur des genoux en raison des vertiges.

#### 4.1.6 Se déplacer

##### dans l'appartement

L'assurée se déplace seule dans l'appartement, si elle a trop de vertiges, elle reste couchée.

##### à l'extérieur

L'assurée sort uniquement accompagnée de sa fille pour tous les rendez-vous médicaux (2x/mois). Une ergothérapeute vient 1x/semaine et a pour objectif de faire une sortie mais cela n'est pas toujours accepté par l'assurée et, dans ce cas, elles font des activités à l'intérieur.

#### Entretenir des contacts sociaux

L'assurée n'écrit plus, ne lit pas, ne regarde pas la télévision et n'écoute plus la radio ou la musique car dit que cela la fatigue. Elle a des contacts avec sa fille et son fils qui l'aident beaucoup et les personnes du Centre Y.\_\_\_\_\_ [réd. : Centre Y.\_\_\_\_\_]. Son mari vit encore à leur domicile le temps de trouver un autre appartement.

[...] »

L'enquêtrice de l'OAI a par ailleurs pris en considération le besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, à hauteur de 3h50 par semaine pour vivre de manière indépendante dès 2008, l'assistance étant apportée par les enfants. Elle a libellé ses constats à cet égard en ces termes :

« 4.2.1 Prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante

L'organisation de la journée est gérée par la fille de l'assurée qui tient à jour le calendrier, elle planifie tous les rendez-vous et organise la journée. **Temps environ : 5 min./sem.** Si elle observe le matin que sa maman ne va pas bien, elle appelle une voisine qui vient passer la matinée chez eux pour aider l'assurée (se lever, préparer le déjeuner, etc.).

Tous les repas sont effectués par le mari et la fille de l'assurée. Ensuite, c'est sa fille qui fera tous les repas. **Temps environ : 2 heures/sem.**

Tout le ménage est effectué par la fille et le fils de l'assurée. **Temps environ : 30 min./sem.**

L'assistante sociale du Centre Y.\_\_\_\_\_ gère les questions administratives et aide la famille à trouver un autre appartement.

Les paiements sont effectués par la fille ou le fils de l'assurée tous les mois. **Temps environ : 30 min./mois.**

La fille de l'assurée fait toute la lessive, range et fait le repassage de tout le linge. **Temps environ : 30 min./sem.**

Infirmier en psychiatrie (1x/sem.).

**Accompagnement de : 3h35 par semaine.**

4.2.2 Accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile

**Acte déjà retenu sous 4.1.6.**

L'assistante sociale du Centre Y. \_\_\_\_\_ gère toutes les questions administratives.

Les rendez-vous médicaux sont pris sur place ou par téléphone par la fille de l'assurée.

L'assurée est accompagnée par sa fille 2x/mois chez son médecin traitant et chez sa psychiatre. La fille de l'assurée assiste à toutes les visites médicales chez le médecin traitant et selon les besoins et sur sa demande chez la psychiatre.

L'assurée ne fait aucun achat. Le mari de l'assurée fait les courses pour l'instant (va bientôt déménager), ensuite, ce sera la fille ou le fils de l'assurée qui feront tous les achats.

L'assurée sort accompagnée de l'ergothérapeute 1x/semaine lorsqu'elle se sent mieux.

En discussion, projet d'une curatelle. »

Le rapport en question a mentionné également une aide permanente pour les soins de base depuis 2008, prodiguée de jour pour les « préparation et administration des médicaments sous surveillance avec un verre d'eau », un semainier étant au surplus préparé par le Centre Y. \_\_\_\_\_.

En outre, sous rubrique « Remarques », l'enquêtrice de l'OAI a communiqué ses conclusions comme suit :

« L'entretien s'est déroulé chez l'assurée, en sa présence ainsi que de celle de sa fille.

[L'assurée] participe difficilement à l'entretien et peine à répondre aux diverses questions. Sa fille traduit les questions pour en favoriser la compréhension.

L'assurée mentionne ses diverses difficultés mais dit ne pas en comprendre les raisons. Elle dit que c'est très difficile pour elle de ne rien pouvoir faire en raison de ses douleurs et vertiges.

La fille de l'assurée s'occupe de sa mère dès l'atteinte, en 2008. Elle dit ne pas comprendre pourquoi, la plupart du temps, sa mère ne peut pas se lever seule et nécessite une présence à domicile pour l'aide à se lever et l'assister pour tous les actes de la vie quotidienne. Suite à son hospitalisation en août 2010, la situation s'est péjorée mais la fille de l'assurée précise que c'est depuis son accident (chute d'un arbre) que sa mère a besoin de son aide.

Les actes manger et se lever ont été retenus avec un point d'interrogation, car il n'a pas été possible de faire le lien entre les limitations de l'assurée [et] l'acte (le fait qu'elle ne puisse pas se lever seule). Les divers rapports médicaux mentionnent ses difficultés (douleurs dans la nuque, vertiges, pertes d'équilibre, anxiété, etc.) avec les limitations fonctionnelles relevant d'un épisode dépressif de gravité sévère.

**Un avis médical du SMR** serait nécessaire pour déterminer si on peut les retenir ou pas.

Durant l'entretien, l'assurée présente une raideur de la nuque importante, pâleur et tristesse du visage. Elle s'endort durant l'entretien. La fille de l'assurée mentionne toute l'aide qu'elle doit apporter à sa mère depuis l'atteinte et son inquiétude face à l'avenir car elle perçoit une stabilisation, voire une péjoration de la situation malgré le suivi du traitement médicamenteux, [le] suivi médical et thérapeutique.

L'accompagnement permettant de vivre de manière autonome a été retenu car l'assurée ne fait plus rien, elle reste couchée la plupart du temps. [...] »

L'OAI, par l'intermédiaire de la caisse de compensation compétente, a adressé trois décisions à l'assurée le 25 octobre 2013, lui octroyant une rente entière d'invalidité à compter du mois d'août 2011, assortie de deux rentes pour enfants.

Le SMR, soit pour lui le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin, s'est étonné en date du 6 novembre 2013 des résultats de l'enquête au domicile relative à l'impuissance, compte tenu des limitations fonctionnelles essentiellement psychiques retenues auprès de l'assurée. Il a proposé de questionner les médecins traitants de cette dernière à ce sujet.

Par rapport du 19 novembre 2013, le Dr W. \_\_\_\_\_ a signalé que l'état de santé de sa patiente allait s'aggraver, suggérant que son impuissance pourrait être améliorée par la mise à disposition d'un déambulateur. Il a considéré que l'assurée requerrait une aide directe pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie quotidienne, une surveillance personnelle quotidienne, des soins permanents et un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Quant à la Dresse N. \_\_\_\_\_, elle a communiqué son rapport à l'OAI le 13 janvier 2014, précisant que sa patiente continuait « à requérir beaucoup d'aide à domicile » dont la mesure variait en fonction de ses vertiges et de son anxiété. Elle a confirmé le besoin d'aide de l'assurée

pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « faire sa toilette ». Pour l'acte « manger », elle a considéré l'absence d'aide sous réserve de la préparation des repas effectuée par le reste de la famille. Quant à la fonction « se déplacer », elle a estimé que l'assurée pouvait se déplacer seule à son domicile, tandis qu'elle ne sortait en revanche jamais seule. Une surveillance personnelle était concrétisée par la préparation des médicaments et une supervision de leur prise. Un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie était requis dans une mesure importante et était assumé par les enfants de l'assurée, ainsi que le Centre Y. \_\_\_\_\_.

**G.** En parallèle, dès février 2014 l'OAI a entamé une procédure de révision d'office du droit à la rente d'invalidité, au cours de laquelle il a sollicité des rapports actualisés sur l'état de santé de l'assurée.

La Dresse N. \_\_\_\_\_ a exposé le 13 février 2014 que la capacité de travail de sa patiente demeurait nulle, celle-ci présentant une « forte anxiété » l'empêchant de sortir seule et générant des « hallucinations auditives et visuelles », en sus de vertiges. Elle a relevé que l'assurée était « totalement dépendante de la présence du Centre Y. \_\_\_\_\_ et de ses enfants ».

Pour l'essentiel, le Dr W. \_\_\_\_\_ a confirmé ces constats le 17 mars 2014, ajoutant que l'assurée souffrait de « céphalée chronique », « cervicalgie », « dorsalgie », « trouble de la marche », « risque de chute », « hypertension musculaire [de la] ceinture scapulaire et pelvienne ». Elle nécessitait un accompagnement du fait du trouble de la marche.

Vu ces éléments, le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR, par avis du 20 mars 2014, a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique avec monitoring auprès du Dr M. \_\_\_\_\_, lequel devait être questionné sur les points pertinents à l'examen de l'impotence.

A l'issue d'une communication du 31 mars 2014, l'OAI a annoncé à l'assurée le maintien du versement d'une rente entière d'invalidité, en l'absence de modification de son état de santé et partant, de son degré d'invalidité.

**H.** En date du 12 septembre 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI son rapport d'expertise psychiatrique, rédigé à la suite d'un examen clinique de l'assurée et d'un entretien avec la Dresse N. \_\_\_\_\_ le 11 septembre 2014. Il a conclu aux diagnostics d'un « épisode dépressif avec symptômes psychotiques » et d'un « syndrome douloureux somatoforme persistant », lesquels justifiaient le maintien d'une incapacité totale de travail sans rémission depuis août 2010.

Relativement aux critères mis à la reconnaissance d'une éventuelle impotence, l'expert s'est prononcé comme suit :

« [...] L'assurée sollicite une aide pour se vêtir ou se dévêtir, pour les soins corporels, pour les déplacements en dehors du domicile, pour faire face aux nécessités de la vie (démarches, par exemple). Elle dit avoir peur de se blesser si elle coupe la viande elle-même, de même qu'elle dit avoir cassé des objets lorsqu'elle a essayé d'aider pour les tâches de nettoyage. Il n'apparaît pas que [l'assurée] sollicite de l'aide pour se déplacer à l'intérieur de son appartement. Mentionnons le fait qu'au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 11 septembre 2014, elle a sorti sans peine une bouteille d'eau de son sac, qu'elle a utilisé normalement. Toutefois, lorsque l'assurée a été raccompagnée à la fin de l'examen psychiatrique du 11 septembre 2014 du bureau à la salle d'attente, elle a chuté, invoquant un épisode de vertiges, mais cela après s'être levée de sa chaise (possible hypotension orthostatique, qui peut être traitée).

Dans la situation de l'assurée, l'intensification de l'assistance n'est pas indiquée. En effet, il ressort que les restrictions pour les actes de la vie quotidienne invoquées ne sont pas le fait de symptômes psychiatriques tels qu'une anénergic, une angoisse destructurante ou les symptômes psychotiques que peut présenter [l'assurée].

Il apparaît, par contre, que ces aspects sont en lien avec la sollicitation accrue que cela entraîne de la part de l'entourage (l'assurée verbalise le fait qu'elle a peur d'être seule). Plus particulièrement, [l'assurée] (pour des raisons qui ont lieu en dehors du champ de la conscience) induit une anxiété auprès de ses enfants et ces derniers répondent, par leur attitude, aux besoins régressifs de leur mère (régression : passivité, dépendance). Or, toute augmentation de l'aide, qu'elle soit extérieure ou non, accentuera l'infantilisation et les besoins régressifs de l'assurée (*circulus vitiosus*). Le Docteur H. \_\_\_\_\_ (rapport d'évaluation psychiatrique du 17 décembre 2009) avait signalé le risque d'une telle évolution. Néanmoins, et pour des raisons compréhensibles

(loyauté, solidarité, inquiétude), l'entourage a systématiquement favorisé celle-ci.

Il existe donc une contre-indication à un accroissement de l'aide. Qui plus est, idéalement, les enfants devraient apprendre à réduire leur prévenance et assistance systématique à leur mère, tout en lui signifiant qu'elle ne sera pas abandonnée. En fait, une aide supplémentaire ne devrait être attribuée que dans une situation d'exception, comme cela pourrait être le cas, par exemple, après une hospitalisation nécessitant une aide passagère sur le plan somatique. [...] »

En réponse aux questions spécifiques de l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a souligné l'absence de « diagnostic psychiatrique susceptible de justifier l'aide d'un tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne ». Il a précisé que les limitations fonctionnelles retenues sur le plan psychique, soit « réduction de l'énergie (marquée), aboulie (perte de la volonté) prononcée, ralentissement idéo-moteur (degré moyen), diminution de l'aptitude à penser (marquée), diminution de la confiance en soi (prononcée), sentiment de perte d'espoir, rapport altéré à la réalité (léger), douleurs (marquées) », étaient compatibles avec l'accomplissement de chacun des actes ordinaires de la vie et ne justifiaient pas un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il a insisté sur le fait que « l'aide, l'assistance, le soutien et la sollicitude systématiques de l'entourage entraîner[ai]ent un accroissement de la dépendance, de l'infantilisation et des besoins de dépendance de la part de [l'assurée] (cercle vicieux). »

Par détermination du 25 septembre 2014, le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert, considérant que le rapport du 12 septembre 2014 du Dr M. \_\_\_\_\_ était convaincant.

**I.** L'OAI a établi un projet de décision le 12 novembre 2014, communiquant à l'assurée son intention de refuser le versement d'une allocation pour impotent, vu qu'elle n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante d'autrui pour l'accomplissement d'au moins deux actes ordinaires de la vie et que le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie - à concurrence de 2 heures par semaine - n'était pas démontré.

Par correspondance du 1<sup>er</sup> décembre 2014, l'assurée a contesté ledit projet, mettant en exergue les informations transmises par la Dresse N.\_\_\_\_\_ et le Dr W.\_\_\_\_\_ eu égard au besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Elle a estimé avoir besoin d'aide régulière et importante pour les actes « se vêtir/se dévêtir », les soins corporels, ainsi que « se déplacer et entretenir des contacts sociaux ». Quant au besoin d'accompagnement, elle a rappelé l'assistance de sa fille à cet égard depuis de nombreuses années. Elle s'est référée au surplus aux éléments communiqués à l'occasion du dépôt du formulaire en vue de l'octroi d'une allocation pour impotent.

L'OAI a nié à l'assurée le droit à une allocation pour impotent par décision du 5 mars 2015, conformément à son projet du 12 novembre 2014. Par courrier séparé du même jour, il a renvoyé aux conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_, lequel avait exclu toute incidence de l'état de santé de l'assurée sur son autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ainsi que sur un éventuel besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. L'aide de l'entourage relevait de la bienveillance, non pas d'un impératif médical.

**J.** L'assurée a déféré la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours daté du 1<sup>er</sup> avril 2015, réceptionné le 7 avril 2015. Elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, soulignant que sa psychiatre traitante avait corroboré le risque important d'isolement, son incapacité à prendre un bain, ainsi que les difficultés du changement de position et des déplacements à l'extérieur en l'absence d'aide de tiers, ce aux termes d'un rapport médical du 27 mars 2015, joint en annexe. Elle a au surplus insisté sur l'aide importante et régulière apportée par ses enfants, en particulier sa fille. La Dresse N.\_\_\_\_\_ a pour sa part insisté sur les éléments ci-dessous, selon son rapport relatif à l'impotence daté du 27 mars 2015 :

« Cette assurée est suivie par mes soins depuis le 14.04.2010. Depuis le début du suivi, l'évolution n'est guère favorable. Elle doit toujours se faire accompagner pour venir à ses rendez-vous de peur de faire des malaises dans la rue. Régulièrement, elle présente des malaises lorsqu'elle doit se remettre debout en fin d'entretien et a

même fait une chute sans gravité dernièrement, sous mes yeux. Une insuffisance veineuse sévère est certainement en partie responsable de ces phénomènes survenant au changement de position et une opération est envisagée actuellement mais nécessite une préparation importante de la patiente en raison de son anxiété. Toujours est-il que les enfants de la patiente doivent toujours l'accompagner et que sans eux et la présence du Centre Y. \_\_\_\_\_, un isolement important toucherait cette patiente.

Un maintien à domicile ne serait pas réaliste sans la présence de ses enfants. Depuis le déménagement, elle n'ose pas rester seule, présente des peurs irrationnelles que quelqu'un ne pénètre dans l'appartement en passant par le balcon ou en forçant la porte.

Ses proches se relaient pour la préparation des repas. Elle n'est en effet pas capable de faire les courses et a peur d'utiliser le gaz. Ses enfants craignent également qu'elle ne se blesse en tenant un couteau.

Le bain ne se fait qu'en présence de la fille qui refuse de laisser une personne soignante s'occuper de celui-ci à sa place. La peur d'un malaise est toujours présente.

Ayant objectivé les malaises et vertiges de la patiente aux changements de position, la présence des enfants pour soutenir leur mère apparaît cohérente.

Leur dévouement demeure nécessaire et une rente d'impotent permettrait de valider les efforts de l'entourage de cette patiente. »

L'intimé a produit sa réponse au recours le 10 juin 2015, en proposant le rejet, après avoir rappelé les conclusions du rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, laquelle revêtait à son sens pleine valeur probante. Il a au surplus relevé que le rapport de la Dresse N. \_\_\_\_\_ du 27 mars 2015 ne remettait pas en cause l'appréciation de l'expert.

En date du 1<sup>er</sup> juillet 2015, la Cour de céans a reçu des rapports complémentaires des Drs W. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, datés respectivement des 24 et 29 juin 2015. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a rappelé que sa patiente était connue pour des troubles de l'équilibre entraînant des chutes, tandis qu'une insuffisance veineuse des membres inférieurs serait traitée par une prochaine intervention. A son avis, l'assurée s'avérait dépendante de l'aide de ses proches et du Centre Y. \_\_\_\_\_, tant physiquement que psychologiquement, à défaut de quoi les actes de la vie quotidienne seraient « insurmontables ». Quant à la Dresse N. \_\_\_\_\_, elle a réitéré en substance ses précédents constats et souligné que « sans la présence de ses enfants et des professionnels du Centre Y. \_\_\_\_\_, on devrait craindre

un isolement important » de l'assurée qui « devrait être placée en foyer thérapeutique, une vie indépendante étant impossible pour elle ».

Le 3 juillet 2015 est parvenu à la Cour de céans un courrier du Centre Y. \_\_\_\_\_ du 30 juin 2015, libellé notamment en ces termes :

« [...] En ce qui concerne les activités de la vie quotidienne (AVQ), [l'assurée] a besoin du soutien et de l'aide de son entourage pour les déplacements, les transferts (sortir du lit, rentrer dans la baignoire, se lever...), l'habillage, la toilette.

Mme souffre de douleurs chroniques à la nuque et de vertiges, amplifiés lors d'angoisses. Mme ne sort pas seule de son logement, les risques de chute sont importants.

Sa mobilité restreinte engendre des problématiques physiques, en lien avec ces symptômes qui pourraient être d'ordre vasculaires.

Les objectifs restent centrés sur l'autonomie de Madame dans ses AVQ.

En cinq ans, Mme a gentiment réussi à accepter de l'aide et à faire face aux regards des autres (« se sent jugée comme folle »). Elle a pu notamment accepter des sorties extérieures avec un thérapeute, ce qui n'aurait pas été le cas sans un soutien thérapeutique.

En effet, Mme bénéficie d'entretiens thérapeutiques hebdomadaires consistant à effectuer un travail sur ses peurs, angoisses et la gestion de son stress. La gestion du semainier par le Centre Y. \_\_\_\_\_ et ses enfants permet d'éviter les risques de passage à l'acte lors de situations de crise. »

L'OAI s'est déterminé sur le courrier et les derniers rapports des médecins traitants de l'assurée par écriture du 28 septembre 2015, relevant que ces documents n'apportaient aucun élément nouveau dans la présente cause. Il a rappelé que ces pièces devaient être appréciées avec réserve compte tenu du mandat thérapeutique confié à leurs auteurs, à l'inverse du rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, lequel devait se voir accorder davantage de poids. L'intimé a ainsi réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours de l'assurée.

La duplique précitée de l'OAI a été transmise pour information à la recourante le 1<sup>er</sup> octobre 2015 et la cause gardée à juger.

## **E n d r o i t :**

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

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

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

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

**c)** In casu, le recours du 1<sup>er</sup> avril 2015, réceptionné le 7 avril 2015, contre la décision de l'OAI du 5 mars 2015 a été interjeté en temps utile, qui plus est compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte en outre les formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.**           Sont litigieux le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'AI, singulièrement l'appréciation de sa situation effectuée

par l'OAI sur la base de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 12 septembre 2014, ce au détriment de l'enquête effectuée au domicile de l'assurée le 25 juin 2013 et des différents rapports de ses médecins traitants.

Il s'agira en conséquence de déterminer sur quels documents le droit à une allocation pour impotent peut être évalué avant d'examiner dans quelle mesure sont éventuellement réalisées les conditions mises à la reconnaissance d'une impotence au sens des dispositions légales et réglementaires applicables, soit si l'assurée requiert l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, une surveillance personnelle et des soins permanents, et/ou si elle nécessite un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

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

Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; 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).

L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide

régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

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

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

Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;
- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ;
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne

vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé :

- vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ;
- faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou
- éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

L'art. 38 al. 2 RAI précise que si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1. En particulier, les activités de représentation et d'administration dans le cadre des mesures tutélaires au sens des art. 398 à 419 du code civil ne sont pas prises en compte (al. 3).

**b)** Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références).

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et 1986 p. 507 ; ch. 8013 CIIAI).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182 ; RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p.364) ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI).

L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même. L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la

présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

**c)** La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé. Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190 consid. 3b, 1980 p. 64 consid. 4b). La nécessité de surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même, soit des tiers (ch. 8035 CIIAI).

**d)** Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF [Tribunal fédéral] 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 références citées).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par-là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8048 CIIAI).

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

**4.** Il convient de déterminer, sur la base des pièces à disposition, si l'intimé était légitimé à nier le droit de l'assurée à une allocation pour impotent.

En particulier, on examinera si l'OAI a écarté à bon droit les conclusions de l'enquête à domicile du 25 juin 2013, ainsi que les rapports de \_\_\_\_\_ la Dresse N. \_\_\_\_\_ et du Dr W. \_\_\_\_\_ au profit du rapport d'expertise psychiatrique du Dr M. \_\_\_\_\_ du 12 septembre 2014 pour statuer sur le droit à la prestation litigieuse.

Dans ce contexte, il s'impose de rappeler les principes ci-dessous.

**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 (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

**b)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

**c)** Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a qualifié d'essentiel le fait qu'il ait été élaboré par une personne compétente qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a en outre lieu de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2).

Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C\_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3).

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

domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie (cf. Michel Valterio, op. cit., n° 2264 p. 610).

En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats d'une enquête et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 ; TF 9C\_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2).

**d)** Afin de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou

plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**5.** In casu, il s'impose de constater sur le plan strictement somatique qu'en dépit des importantes douleurs et des vertiges allégués par l'assurée, les nombreux médecins l'ayant examinée ou expertisée n'ont décelé aucune atteinte à la santé objective de nature à expliquer cette symptomatologie.

Des investigations neurologiques, orthopédiques et rhumatologiques ont été effectuées à répétition reprises auprès de la recourante sans résultats significatifs depuis 2008. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a en effet exclu une « atteinte structurelle majeure du système nerveux » dans son rapport à la Z.\_\_\_\_\_ du 5 juin 2009, tandis que les spécialistes de la Clinique E.\_\_\_\_\_, les Drs F.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, ont nié toute « atteinte à la santé physique objectivable » en date du 21 décembre 2009. Quant aux médecins consultés par l'assurée sur recommandation de son ancien médecin traitant, soit les Drs L.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, ils ont relaté des examens cliniques dans les normes (cf. rapports de ces praticiens des 2 juin 2010 et 30 juillet 2010).

Le nouveau médecin traitant de la recourante, le Dr W.\_\_\_\_\_, a pour sa part confirmé l'absence d'atteinte organique à l'origine des troubles de l'équilibre observés chez sa patiente, en particulier du point de vue neurologique et oto-rhino-laryngologique. Il a

certes relaté une « insuffisance veineuse des membres inférieurs » (cf. rapport de ce médecin du 24 juin 2015), rejoignant la mention d'une « hypotension orthostatique », telle qu'évoquée par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise psychiatrique du 12 septembre 2014.

Cela étant, ainsi que le concèdent au demeurant tant le Dr W.\_\_\_\_\_ que la Dresse N.\_\_\_\_\_ (cf. rapports médicaux produits par la recourante, établis par les Drs W.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ en date respectivement des 24 et 29 juin 2015), cette affection veineuse – quand bien même sévère – est susceptible d'être traitée par une intervention ou une médication spécifique, lesquelles sont exigibles en vertu de l'obligation de l'assurée de diminuer le dommage (cf. supra considérant 3e).

Partant, on ne voit pas sérieusement de diagnostic somatique qui serait de nature à fonder l'octroi d'une allocation pour impotence in casu. Or, l'art. 9 LPGA, cité plus haut sous considérant 3a, impose l'existence d'une atteinte à la santé en lien de causalité avec l'impotence alléguée pour permettre l'octroi de l'allocation revendiquée par l'assurée. Faute d'atteinte à la santé objective qui expliquerait ses difficultés à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et, plus généralement, à la gestion de son quotidien, il y a lieu de nier tout droit à la prestation en cause sur la seule base de l'état de santé physique de la recourante.

**6.** Sur le plan psychique, en revanche, des atteintes à la santé ont été mises à jour par le Dr M.\_\_\_\_\_ à l'issue des expertises réalisées les 4 novembre 2010 et 12 septembre 2014.

**a)** Ce spécialiste a retenu un « syndrome douloureux somatoforme persistant », accompagné d'un « état dépressif », qu'il a qualifiés d'incapacitants dès août 2010.

L'expert a par ailleurs énoncé des limitations fonctionnelles en lien avec ces diagnostics psychiques, soit « réduction de l'énergie, aboulie prononcée, ralentissement idéo-moteur, diminution de l'aptitude à penser,

diminution de la confiance en soi, sentiment de perte d'espoir, rapport altéré à la réalité, douleurs » (cf. rapport d'expertise du 12 septembre 2014, p.17).

Cela étant, le Dr M.\_\_\_\_\_ a procédé à une appréciation sans équivoque de l'autonomie de l'assurée dans les actes de la vie quotidienne, estimant que « l'intensification de l'assistance n'[était] pas indiquée », vu que le besoin invoqué ne résultait pas de la pathologie psychiatrique, mais d'une sollicitation excessive de son entourage favorisant en définitive l'infantilisation de la recourante. Une augmentation de l'aide des proches a ainsi clairement été considérée comme « contre-indiquée ». L'expert a enfin répondu par la négative aux questions spécifiques relatives au besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, considérant que les limitations fonctionnelles psychiatriques observées n'engendraient pas des restrictions suffisantes pour envisager un cas d'impotence (cf. rapport d'expertise du 12 septembre 2014, p. 16 ss).

**b)** A cet égard, l'on ne voit pas que les rapports des médecins traitants de l'assurée, les Drs W.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, soient susceptibles d'ébranler les conclusions convaincantes de l'expert. Les différents rapports de ces praticiens, dont ceux transmis à la Cour de céans, datés des 27 mars 2015, 24 et 29 juin 2015, se limitent pour l'essentiel à rapporter les plaintes et déclarations de la recourante, sans que des éléments nouveaux ou inconnus de l'expert n'eussent été révélés à ce stade.

Les diagnostics psychiatriques évoqués rejoignent en effet les constats du Dr M.\_\_\_\_\_, tandis que les conclusions des médecins traitants apparaissent teintées de l'empathie caractéristique de leur relation avec l'assurée.

Quant au courrier du Centre Y.\_\_\_\_\_, réceptionné par la Cour de céans le 3 juillet 2015, il ne saurait fonder l'examen du droit à la prestation querellée dans la mesure où il n'émane pas d'un médecin.

**c)** En outre, on rappellera que l'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assurée qui a donné lieu au rapport du 4 juillet 2013.

Ce document, s'il fait certes état d'un compte-rendu circonstancié des troubles et des difficultés affectant le quotidien de l'assurée, se limite à rapporter les déclarations de cette dernière et de sa fille quant aux motifs justifiant l'assistance requise et son étendue.

Par ailleurs, l'enquêtrice de l'OAI a conclu à la nécessité d'avis médicaux complémentaires avant de statuer sur le bien-fondé du besoin d'aide allégué, vu ses doutes quant à l'impact effectif des limitations fonctionnelles psychiques consécutives aux diagnostics retenus (cf. p. 6 et 7, ch. 5 et 6, du rapport d'enquête du 4 juillet 2013).

Sans remettre en question l'exhaustivité des observations consignées par l'enquêtrice de l'OAI, le rapport d'enquête à domicile apparaît ainsi inadéquat pour procéder en toute objectivité à l'examen des critères mis à la reconnaissance d'une impotence dans le cadre d'une problématique exclusivement psychique.

La recourante ne peut dès lors en tirer aucun argument à son avantage dans la mesure où il s'agit d'écarter le rapport d'enquête à domicile du 4 juillet 2013 dans l'examen du droit à l'allocation pour impotent, ce conformément à la jurisprudence fédérale énoncée ci-avant sous considérant 4c.

**d)** On ajoutera que le rapport d'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2014 remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels, rappelés plus haut au considérant 4d pour se voir accorder pleine valeur probante.

Ce document décrit en effet exhaustivement les éléments pertinents de l'anamnèse de la recourante, ainsi que les plaintes alléguées, tout en exposant par le détail les constats cliniques objectifs. Exempt de contradiction, il fournit des réponses claires aux questions posées, lesquelles sont motivées à satisfaction.

Partant, l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir écarté les observations de son enquêtrice et les conclusions des médecins traitants de l'assurée au profit du rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ pour fonder son examen du droit à une allocation pour impotent.

**7.** Il découle au demeurant dudit rapport que l'assurée ne peut se prévaloir d'une assistance à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ni d'un besoin de surveillance ou de soins permanents, ni davantage d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, à l'instar de ce qu'a retenu l'OAI dans la décision querellée. Le droit à une allocation pour impotence doit donc manifestement être nié.

**8.** Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ l'OAI \_\_\_\_\_ le 5 mars 2015.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

**b)** En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante, au demeurant non représentée par un mandataire professionnel, ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 5 mars 2015 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 la recourante.
  
- 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, par l'envoi de photocopies, à :

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

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 :