

## **VD\_GERICHTE ZD12.037470 vom 8. April 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-04-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD12.037470](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.037470)

FR: VD\_GERICHTE ZD12.037470 du 8 avril 2014

IT: VD\_GERICHTE ZD12.037470 del 8 aprile 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 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

- 14 - 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 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 Pas d'aide. Préparer les vêtements 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

- 15 - 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

### **E. 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

- 16 - 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.

- 17 - 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.

- 18 - 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

- 19 - 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

- 20 - 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.

- 21 - 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).

- 22 - Conformément à 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). 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).

- 23 - 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. Schulthess 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

- 24 - 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

- 25 - 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 asséurologique; 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,

- 26 - 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

- 27 - 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

- 28 - 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).

- 29 - 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.