

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mai 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Durussel et M. Neu, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. a) Y. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1989, mariée et mère de deux filles nées en 2013 et 2015, a déposé, le 8 octobre 2013, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Les 8 et 9 mars 2016, l'assurée a été convoquée pour une expertise pluridisciplinaire Med@p de psychiatrie, médecine interne et rhumatologie auprès du Centre X. _____ (ci-après : Centre X. _____), conduite par les Drs Z. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. On extrait ce qui suit de leur rapport du 1^{er} avril 2016 :

« DONNÉES PERSONNELLES, FAMILIALES ET SOCIOPROFESSIONNELLES

[...]

Activités quotidiennes, situations sociales et socioprofessionnelle

Déroulement de la journée :

Madame Y. _____ habite, avec son mari et leurs deux filles, un trois pièces et demi dans le même immeuble où habite sa sœur et en face de celui où habitent sa mère et son frère. Hormis les courses, pour lesquelles elle accompagne son mari, et quelques rangements ne nécessitant aucun effort physique, elle ne fait strictement rien dans la tenue du ménage. Tout effort ou mouvement corporel répétés se solde par une recrudescence des céphalées et des névralgies occipitales. Qui plus est, si elle se baisse, elle risque de faire un malaise vagal tant redouté. Elle tente de s'occuper de ses filles, mais a peur de perdre connaissance et qu'elles restent ainsi sans surveillance. Sa mère, sa sœur et son mari pallient toutes ses incapacités.

Loisirs :

Aucun

Vacances :

En janvier 2016 a visité sa belle-famille au Q. _____ pour présenter leurs enfants (cela faisait 5 ans qu'elle n'était pas partie en vacances). Ce voyage a été vécu comme extrêmement stressant.

Voiture, trajets (fréquence, arrêts) :

N'a pas de permis de conduire, se fait véhiculer.

Transports publics (bus, train, vol) :

Ne les prend que rarement ; en a peur et doit être accompagnée.

Supermarché :

Accompagne de temps à autre son mari, qui en général fait les courses.

Activités ménagères :

Son mari s'en charge. Elle peut épousseter, ranger la chambre des enfants et la sienne, mais ne peut pas se baisser à cause des vertiges. Ne cuisine plus.

Administration :

Sa mère s'en est toujours occupée, puis son mari.

Animaux :

N'en a pas.

Lecture :

A toujours aimé lire. Jusqu'en 2010, lisait plusieurs heures, des livres sur divers sujets (religion, 2^{ème} guerre mondiale, géo). Depuis 2010, n'arrive à lire que 15min/jour maximum, en raison des cervicales et maux de tête.

TV :

La regarde - surtout documentaires - maximum 30 min le soir. A tendance à somnoler devant la TV, et cela peut déclencher des maux de tête.

Ordinateur, Internet, email :

Consulte ses mails sur son Smartphone, mais ne surfe pas sur Internet et n'utilise pas l'ordinateur.

Bricolage :

Aucun.

Autres :

Écoute parfois de la musique ; s'occupe de plantes aromatiques et des fraises qu'elle cultive en pots sur son balcon.

Relations professionnelles :

S'entendait plutôt bien avec ses collègues et ses patrons, et se montrait très timide avec les clients. Évitaient de coiffer des hommes ; en général, on lui confiait des femmes âgées.

Relations privées :

Ne fréquente que son entourage familial (mari, sœur, frère, cousin, mère). N'a pas d'amis et a toujours eu tendance à être isolée.

Conflits professionnels :

Aucun

Conflits privés :

Aucun, même si elle n'aime pas fréquenter sa belle-famille.

Situation économique :

A des dettes dont elle ne connaît pas le montant (a fait des achats sur Internet avec la carte de crédit de sa mère). Est actuellement aux poursuites et rembourse petit à petit sa dette. Est soutenue par

les services sociaux depuis 2010 ; le couple vit aussi des allocations chômage du mari.

[...]

STATUS RHUMATOLOGIQUE

Y._____ se lève facilement de son siège et se déplace lentement, sans boiterie, avec le membre supérieur droit dans un plâtre en protection contre le thorax. Le contact et la collaboration sont bons. Les réponses aux questions sont spontanées, le plus souvent informatives. Durant toute l'anamnèse, qui a bien duré 90 minutes, l'expertisée est restée assise, sans demander à changer de position.

Les gestes de déshabillage et d'habillage sont effectués debout, lentement, sans recherche d'une stratégie antalgique particulière. Durant l'examen clinique, l'expertisée respecte scrupuleusement les consignes de l'examineur, ne manifestant ses douleurs qu'oralement, sans gémissements, grimaces, esquives, ni retenues des gestes et postures, en en absence d'agressivité. L'interprétation de l'examen de l'appareil locomoteur est tout à fait adéquate.

[...]

SYNTHESE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale

Y._____ est une assurée italienne de 26 ans, née en Suisse, mariée et mère de deux filles à charge. Elle a obtenu un diplôme de coiffeuse en 2008, mais n'a travaillé en tout que 6 mois, dans deux salons différents, jusqu'à fin 2010. Elle est depuis là soutenue par les services sociaux.

Y._____ souffre de cervicalgies compliquées de céphalées occipito-temporales depuis l'âge de 10 ans qu'elle attribue à une entorse cervicale survenue dans l'enfance et qui aurait alors justifié un traitement de plusieurs mois comprenant une minerve de contention et de la physiothérapie. Depuis 2013, ces céphalées se compliquent de névralgies d'Arnold bilatérales, plus importantes à droite, qui ont bénéficié de plusieurs infiltrations locorégionales de dérivés stéroïdiens et seraient actuellement moins fréquentes et moins intenses. Des investigations en imagerie, réalisées en 2013, ne montrent aucune lésion anatomique expliquant les multiples plaintes.

Elle a d'autre part développé, dans son enfance et son adolescence, une obésité morbide qui a justifié, en 2010, un bypass gastrique suivi d'une perte pondérale importante, mais aussi d'effets indésirables sous forme d'un dumping syndrome survenant après un repas riche en hydrate de carbone, et d'une importante maladie de reflux gastrique.

Parallèlement, l'expertisée a, depuis deux ou trois ans, des pertes de connaissance brutales, survenant sans prodromes, provoquant des chutes dont certaines ont entraîné des blessures sérieuses ; la dernière est une fracture comminutive de la tête du 5^{ème} métacarpien droit, encore en voie de consolidation ; l'avant-bras est

immobilisé dans un plâtre et le matériel de contention (broches) est encore en place. Selon les proches, ces pertes de connaissance s'accompagnent toujours de convulsions pour lesquelles les investigations menées n'auraient abouti à aucun autre diagnostic que celui de troubles fonctionnels.

Y._____ est suivie par des professionnels de la santé mentale depuis l'âge de 16 ans. Le Dr J._____, psychiatre, l'a suivie de février à septembre 2014 et l'a revue en mars 2015, selon son rapport pour l'Al. Nous l'avons contacté par téléphone le 24 mars ; il confirme suivre sa patiente depuis mars 2015 à raison d'une séance toutes les deux semaines. Il maintient les diagnostics mentionnés dans son rapport pour l'Al, à savoir un trouble de la personnalité émotionnellement labile et une dysthymie, depuis l'adolescence. Il estime la capacité de travail nulle, l'état psychique étant cristallisé sur les nombreuses plaintes psychiques.

En plus des problèmes de santé physique de Y._____, nous retenons les facteurs de stress suivantes : a subi les moqueries de ses camarades dès l'enfance en raison de ses problèmes de poids ; a été témoin de la violence de son père envers sa mère et a pris des coups en tentant de défendre sa mère.

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, Y._____ a développé une obésité morbide qu'un bypass gastrique en 2010 n'a que momentanément jugulée. Aujourd'hui le BMI est près de 39 kg/m², il y a deux grossesses entretiens. L'expertisée est en train de limiter ses apports caloriques et espère retrouver le poids qu'elle avait réussi à atteindre après avoir perdu 80 kg suite au bypass. Cette obésité constitue certes une gêne physique, mais pas au point de justifier une incapacité totale de travail dans toute activité, quelle qu'elle soit.

Quant aux malaises vagues, ils surviennent sans crier gare et entraînent une perte de connaissance fugace avec chute et convulsions, sans désorientation secondaire. Les investigations (imagerie et EEG) ont écarté une maladie organique, y compris une épilepsie. Même s'ils ne sont que la conséquence de troubles fonctionnels, ces malaises n'en sont pas moins délétères par les lésions traumatiques qu'ils provoquent. Tant qu'ils sont présents, il n'est pas raisonnable d'envisager une activité professionnelle, quelle qu'elle soit.

Sur le plan rhumatologique, les douleurs décrites dans les ceintures scapulaire et pelvienne sont peu spécifiques, mais bien reconnaissables : elles occupent les sites des points de fibromyalgie.

Notre examen clinique est plutôt rassurant. En effet, il s'est déroulé en absence de tout signe de non-organicité selon Waddell et Hoover, avec des performances conservées : la mobilité est bonne avec des flexions latérales harmonieuses et indolores, une flexion antérieure parfaite avec distance doit-sol de 0 cm. Aucun syndrome déficitaire n'a été mis en évidence, tant par l'anamnèse que par l'examen clinique. En revanche les points de fibromyalgie sont présents à 16/18. Sur la base de ce que dit l'expertisée sur les sites douloureux, et de leur association avec des troubles fonctionnels digestifs et des

troubles du sommeil, les critères de l'ACR 2010 nous autorisent à retenir le diagnostic de fibromyalgie, étant donné qu'aucune lésion anatomique ni maladie rhumatismale, inflammatoire ou dégénérative, n'expliquent les douleurs ubiquitaires musculo-squelettiques dont se plaint Y. _____ depuis 2010.

L'examen confirme la présence d'un syndrome douloureux du compartiment antérieur (à savoir fémoro-patellaire), par les douleurs survenant, en charge, dans les derniers degrés d'extension et limitant l'accroupissement et l'agenouillement. Il n'y a pas de déficit d'extension ni d'épanchement : les ligaments latéraux et croisés sont continents, la charge (même monopodale) est indolore.

De ce qui précède, on peut considérer que, pour l'essentiel, les plaintes de l'appareil locomoteur ne sont pas corroborées par des lésions anatomiques démontrables : elles sont l'expression d'un syndrome douloureux chronique qui ne peut justifier, du point de vue somatique seul, une incapacité de travail de longue durée.

Sur le plan psychique, Y. _____ se plaint d'une symptomatologie dépressive et anxieuse chronique depuis l'âge de 16 ans : humeur dépressive permanente, pouvant atteindre une intensité de 8/10 et s'étant exacerbée durant plusieurs mois après ses accouchements, irritabilité, anhédonie, manque de libido depuis toujours, repli social sur l'entourage familial et son mari ; absence de plaisir à manger - souffre d'un trouble alimentaire, type boulimie-hyperphagie, depuis l'adolescence -, hypersomnie (13 heures par nuit), manque d'énergie, fatigue permanente d'intensité 7/10, estime et confiance basses depuis toujours, troubles de la concentration, pessimisme, idées suicidaires deux fois par mois, tentative de suicide médicamenteuse fin 2015. L'expertisée présente des attaques de panique et une agoraphobie ; elle ne peut pas rester seule chez elle ni sortir seule ; elle mentionne une anxiété sociale - évite les interactions sociales -, une anxiété chronique, une vulnérabilité au stress, ce qui engendre des tensions musculaires, une fatigue et des troubles du sommeil. Il existe une idée surinvestie, qu'elle critique partiellement, et des illusions : pense être suivie depuis plusieurs années par une présence, une sorte de fantôme dont elle se sent persécutée ; il lui arrive parfois d'avoir des illusions tactiles (sent qu'on lui tire les cheveux par-derrière) ; parfois, elle a l'illusion de voir le père défunt de son mari dans le jardin en face de chez elle.

Y. _____ a de nombreux traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline, anxieuse et dépendante : impulsivité (bagarres avec son mari, trouble alimentaire), peur de l'abandon, gestes auto-agressifs, sentiments chroniques de vide, crises de colère non maîtrisables, idéation persécutoire ; forte dépendance de son entourage familial et de son mari, manque d'affirmation de soi, crainte de la séparation ; sentiment persistant de tension et d'appréhension, estime et confiance en soi chroniquement basses, crainte d'être critiquée ou rejetée, restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité, forte timidité et évitements sociaux massifs. Elle est tabagique (20 cigarettes par jour depuis l'adolescence) et dépendance aux benzodiazépines depuis de nombreuses années.

La description des activités quotidiennes confirme que l'expertisée est incapable de rester seule à la maison et ne sort pas sans être accompagnée ; son entourage s'est organisé en conséquence. Elle n'a aucun loisir, n'a pas de permis de conduire. Elle aimait lire, mais rencontre des difficultés de concentration mises sur le compte des cervicalgies et céphalées. En janvier 2016, alors qu'elle n'était pas partie en vacances depuis 5 ans, elle est allée, avec son mari, rendre visite à sa belle-famille au Q._____ pour présenter leurs enfants ; ce voyage a été extrêmement stressant pour elle. Elle a tendance à éviter les transports publics et les supermarchés, même accompagnée. Elle arrive à passer la poussière, ranger la chambre des enfants et sa chambre, mais sans se baisser, car cela déclenche des vertiges. Depuis toujours sa mère et actuellement son mari gèrent l'administration du ménage. Il lui arrive d'écouter de la musique, et de s'occuper de plantes qu'elle cultive en pots sur son balcon. Elle regarde la TV durant une demi-heure, et consulte des mails sur son smartphone. Elle est repliée sur l'entourage familial : son mari, sa mère, sa sœur, son frère et un cousin. Elle n'a jamais eu d'amis.

A l'examen psychiatrique, Y._____ est obèse, déprimée (triste, pessimiste, abattue), plaintive, timide, s'exprimant d'une voix enfantine et basse. Elle n'est pas ralentie et aucun trouble cognitif patent n'est observé. Le contenu de la pensée est fixé sur les douleurs, qui l'empêchent de faire quoi que ce soit, et sur sa fragilité psychique, notamment son angoisse et sa dépression chronique, qui la rend complètement dépendante de son entourage.

L'expertisée n'a que peu de ressources personnelles, hormis le fait qu'elle parle deux langues, qu'elle a pu se marier et devenir mère à deux reprises. Par contre, elle peut compter sur un entourage soutenant.

Les taux plasmatiques du Cymbalta et du Lyrica sont dans l'intervalle thérapeutique de référence, même légèrement au-dessus en ce qui concerne la prégabaline.

En conclusion, nous retenons les diagnostics suivants : troubles mixtes de la personnalité, avec traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline, dépendante et anxieuse (évitante) (F61.0), existant depuis l'adolescence ; agoraphobie avec trouble panique (F40.01) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le trouble de la personnalité a été retenu par le psychiatre traitant, il retient également la panique.

La symptomatologie dépressive et anxieuse (sociale et généralisée) chronique est à mettre sur le compte du trouble de la personnalité. Ce grave trouble de la personnalité est probablement à l'origine de l'agoraphobie avec trouble panique, et responsable de son maintien.

Nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, l'expert rhumatologue pose le diagnostic de fibromyalgie et mentionne que *les plaintes de l'appareil locomoteur ne sont pas corroborées par des lésions anatomiques démontrables*. Par ailleurs, il existe des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux importants, liés à un passé difficile.

La comorbidité psychiatrique est sévère, notamment le trouble de la personnalité, et prédomine sur le trouble somatoforme. On notera par ailleurs que les ressources sont faibles, ce qui a déjà été mentionné par les Docteurs J._____ et W._____. On note que son entourage l'aide beaucoup, elle n'a pas vraiment d'amis, elle n'a pas de loisir. Dans l'enfance et l'adolescence elle a vécu avec un père violent et alcoolique, souvent absent à l'école elle était plutôt isolée et subissait des moqueries.

La capacité de travail est nulle dans toute activité. Les limitations fonctionnelles sont une vulnérabilité au stress, une angoisse, des évitements multiples, des difficultés relationnelles liées à son importante timidité, un manque d'autonomie.

Concernant la cohérence, Y._____ est suivie régulièrement et depuis de nombreuses années par des professionnels de la santé mentale ; elle prend bien son traitement médicamenteux. Ses plaintes sont cohérentes avec la description des activités quotidiennes. Elle a bien collaboré avec les experts.

Le pronostic quant à une éventuelle amélioration de la capacité de travail nous semble réservé, en raison de la chronicité des troubles psychiatriques et de l'inefficacité des prises en charge psychiatriques et psychothérapeutiques, qui remontent pourtant à l'adolescence.

Les experts ont finalement retenu que la capacité de travail était considérée comme nulle dans toute activité depuis fin 2010. Ainsi, aucune activité, même adaptée, n'était actuellement exigible en raison des troubles psychiatriques, ainsi que des malaises avec pertes de connaissances qui, malgré leur origine fonctionnelle et, donc, sans substrat organique, empêchaient l'exercice régulier d'une quelconque activité lucrative.

Dans un rapport du 15 avril 2016, la Dre G._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a estimé que les conclusions de l'expertise devaient être suivies. Sur cette base, elle a retenu comme atteinte principale à la santé un trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline, dépendante et anxieuse, retenu que la capacité de travail était nulle depuis fin 2010 dans toute activité et énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : pertes de connaissance imprévisibles avec convulsions, vulnérabilité au stress, angoisse, évitements multiples, difficultés relationnelles liées à l'importante timidité et manque d'autonomie.

Par décision du 3 octobre 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2014, basée sur un degré d'invalidité de 100 %.

b) Le 28 novembre 2016, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande d'allocation pour impotent (API), indiquant avoir besoin d'une aide pour se vêtir/se dévêtir (pour mettre les habits en haut, n'arrivant pas lever les bras), pour se lever/s'asseoir/se coucher (tête qui tourne, vertiges, la présence de qqn à côté est obligatoire), pour manger (besoin que l'on coupe sa viande), pour les soins du corps (besoin d'aide pour tous les actes, risque de tomber, ne se rend pas compte quand elle a des absences : tombe et se casse des membres), pour aller aux toilettes (besoin d'être accompagnée aux toilettes [pertes d'équilibre]), pour se déplacer/entretenir des contacts sociaux (doit être aidée pour chaque déplacement, manque d'équilibre et de force, peut tomber à tout moment, tous les actes se font au ralenti). Elle a également estimé avoir besoin d'une surveillance personnelle, dans les soins à ses enfants (risques de chute), lors de crises d'épilepsie (risque de se blesser) et la nuit (présence constante nécessaire pour aller au WC ou en cas de crise). Elle a en outre indiqué nécessaire un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (doit être accompagnée voire remplacée pour toutes les tâches ménagères [courses, préparation des repas, ménage, etc...], risques de mise en danger), ainsi qu'un accompagnement pour établir des contacts sociaux, précisant que le besoin d'accompagnement dans les déplacements avait été soulevé sous l'acte ordinaire de se déplacer/établir des contacts sociaux.

L'OAI a requis des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée.

Dans un rapport à l'OAI du 14 décembre 2016, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile (F60.3) et de dysthymie (F34.1) depuis l'adolescence. Il a indiqué que la description de l'aide indiquée pour

les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette », « aller aux toilettes » et « se déplacer » n'était pas compatible avec ses propres constatations médicales et que ce besoin d'aide n'était, partant, pas justifié. A la question de savoir si un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie était justifié, le Dr J._____ a relevé qu'un accompagnement quotidien était assuré par la famille proche afin d'assurer les tâches ménagères, l'éducation des enfants et de palier aux angoisses d'abandon de l'assurée, ainsi qu'à son autonomie réduite et ce, depuis l'adolescence, à raison de plusieurs heures par jour. Il a également estimé qu'une surveillance régulière était nécessaire en raison des idées morbides.

Dans un rapport à l'OAI du 6 février 2017, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies bilatérales chroniques, cervico-brachialgies C6 droites sur discopathies C5-C6 et C6-C7, névralgies d'Arnold droites compliquées de malaises vagues à répétition avec multiples chutes et dorsolombalgies chroniques. Il a estimé que le besoin d'aide indiqué pour l'acte « se vêtir/se dévêtir » était justifié en raison d'un important blocage de tout l'hémicorps droit, précisant que cette aide était nécessaire tous les jours. S'agissant du besoin d'aide pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », il était en lien avec les dorso-lombalgies chroniques, impliquant une sensation de confusion mentale et de flottement des crises douloureuses, presque tous les jours. Selon le Dr W._____, le besoin d'aide indiqué pour l'acte « manger » était justifié (difficultés à couper la viande en raison de raideur des mains et de tremblements lors des crises douloureuses), de même que celui pour l'acte « faire sa toilette », en raison de son impotence fonctionnelle de tout son hémicorps droit. S'agissant de l'acte « aller aux toilettes », le médecin traitant a considéré qu'il était justifié, l'assurée devant être accompagnée pour se rendre aux toilettes à cause des vertiges survenant lors des crises douloureuses, mais n'avait ensuite plus besoin d'aide dans les toilettes. Il a également retenu que l'acte « se déplacer » nécessitait une aide en raison des vertiges. Selon le Dr W._____, un accompagnement pour faire aux nécessités de la vie était justifié par le risque de chute chez une maman de deux jeunes

enfants et une surveillance personnelle permanente l'était du fait des malaises récidivants lors des crises douloureuses très souvent suivies de chutes avec multiples contusions.

Dans le cadre de l'examen de la demande d'allocation pour impotent, l'OAI a fait réaliser une enquête à domicile. Il ressort notamment ce qui suit du rapport d'enquête du 16 août 2017 :

« **5. Remarques** (en particulier lors d'indications divergentes et évent. réponse aux questions sous chiffre 1.4)

L'entretien se déroule en présence de l'assurée et de son mari. Les 2 filles jouent dans l'appartement.

L'assurée est couchée sur le canapé, c'est son mari qui vient ouvrir la porte. L'assurée dit qu'elle a un RDV médical dans une heure qu'elle ne peut pas repousser. L'entretien devra donc se terminer d'ici 45 minutes. Pendant la totalité de l'entretien, l'assurée reste allongée avec les jambes surélevées sur la table basse. Elle a une voix monocorde et sans émotions.

L'assurée explique une journée type :

Elle se lève vers 12h00, elle n'arrive pas se lever avant en raison de la médication. Son mari l'aide pour se lever. D'une part les traitements l'assomment et d'autre part son corps est très rigide le matin. Le mari l'accompagne à la salle de bain et l'aide à faire une toilette. Après la toilette, l'assurée s'assied sur le canapé, elle ne mange pas de petit-déjeuner par habitude et ce depuis toujours.

Vers 15-16heures, son corps se détend, l'assurée arrive à se mobiliser avec un peu plus de facilité et seule mais sur une courte distance (canapé-cuisine). Vers 18heures, le corps se rigidifie à nouveau. Son mari l'aide à prendre une douche le soir, elle utilise une planche de bain.

L'assurée va se coucher vers 22-23 heures.

L'assurée dit qu'il est vraiment difficile pour elle de demander toujours à son mari de faire les choses et de l'aider pour tout.

Dates et événements :

L'assurée dit qu'en 2013, elle faisait encore le ménage et préparait les repas.

C'est après les 2 ans de sa première fille, date qui coïncide avec la naissance de la deuxième, que la situation s'est dégradée.

Elle dit que c'est depuis début 2015, que l'aide de son mari est devenue intense et régulière.

Son mari n'a plus d'activité professionnelle depuis novembre 2015, il est donc à 100% à domicile depuis lors.

Auparavant, le couple habitait dans un studio, l'assurée dit qu'elle arrivait à se déplacer en se tenant aux murs. Elle pouvait le faire seule car les distances étaient courtes. Le mari de l'assurée préparait des snacks, les biberons et les pampers à côtés du lit. L'assurée restait toute la journée dans le lit avec ses 2 filles. Elle se levait uniquement pour aller aux WC en sécurisant les filles dans

leurs lits. Personne de sa famille ne venait la soutenir lorsqu'elle était seule avec les filles.

L'assurée explique que la situation de santé s'est aggravée début 2015, elle faisait des chutes régulièrement, consécutives aux malaises. Son mari la retrouvait quasiment tous les jours couchée par terre car elle n'avait pas réussi à se relever.

Le mari explique qu'un jour il est arrivé à la maison et a vu l'aînée des filles debout sur le balcon se penchant dans le vide. L'assurée était au sol, elle avait fait un malaise. A partir de ce moment-là, le mari n'a plus osé laisser l'assurée seule avec les enfants pendant plus de quelques minutes.

La famille est partie 3 semaines cet été au Q. _____ pour trouver la famille du mari. L'assurée a été consulté à plusieurs reprises aux urgences et finalement c'est le médecin de famille qui s'est déplacé au domicile pour faire les contrôles de santé. Le déplacement se fait en avion. L'assurée explique que cela est très éprouvant pour elle.

Elle explique que la situation économique de la famille est très précaire. Le mari de l'assurée n'a plus de revenu depuis 9 mois, fin des prestations chômage en novembre 2016, et le centre social ne peut pas intervenir. Le couple est suivi par Pro Infirmis.

La famille vit actuellement uniquement sur la rente invalidité de l'assurée qui ne suffit pas à payer le loyer, la nourriture et les différentes factures. L'assurée dit que certaines factures ne sont pas payées. L'assurée reste vague lorsque nous l'interrogeons sur la manière dont le couple paye le loyer, les factures et l'alimentation.

Nous avons été interpellés par les LF [limitations fonctionnelles] somatiques mises en avant par l'assurée et qui la limitent fortement au quotidien : névralgie d'Arnold, ne peut pas lever le bras gauche plus haut que l'épaule et ne peut pas utiliser le bras droit. Douleurs nuque, épaules et colonne vertébrale.

Le rapport SMR du 15.04.2016, suite à l'expertise du 01.04.2016, n'en fait pas état mais nous les trouvons dans le RM [rapport médical] du médecin traitant du 06.02.2017.

Les LF somatiques paraissent incohérentes par rapport à une vie de mère de famille avec 2 enfants en bas âge et 2 bébés à venir.

Il serait pertinent de passer le dossier au SMR avant de rendre la décision afin de valider les LF physiques. »

Il ressort également du rapport d'enquête à domicile du 16 août 2017 que le Dr J. _____ a cessé le suivi de l'assurée en juillet 2017, lequel a été repris par la psychologue [...] sur délégation de la Dre [...], psychiatre, depuis le 1^{er} août 2017, à raison d'un rendez-vous tous les quinze jours.

Dans un rapport du 28 septembre 2017, la Dre M. _____, du SMR, a principalement exposé ceci :

« [...] Nous disposons dans le cadre de la demande d'API du RM du Dr J. _____, psychiatre du 14.12.2016 validant le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, une surveillance régulière périodiquement.

RM Dr W. _____, interniste du 6.02.2017 relevant des cervico-scapulalgies chroniques, cervico-brachialgies C6 D sur discopathie C5-C7, dorso-lombalgies chroniques, névralgies d'Arnold D compliquée de malaises vagues à répétition avec chutes, et valide le besoin d'aide pour les 6 AVQ [actes de la vie quotidienne] depuis 2015 en raison de ses troubles physiques.

Enquête impotence 16.08.2017, enceinte de jumeau[x], a dû arrêter le Lyrica, les infiltrations du Nerf d'Arnold sont aussi interrompues transitoirement, conclu au besoin d'aide pour les 6 AVQ depuis 2015, d'une surveillance permanente et d'un accompagnement pour faire aux nécessités de la vie. Elle relève que les LF somatiques mises en avant par l'assurée (et son MT dans son RM du 6.02.2017) ne sont pas relevées dans le rapport d'examen SMR et que ces LF sont incohérentes par rapport à une vie de mère de famille avec 2 enfants en bas âge et 2 bébés à venir.

Discussion :

Nous ne validons pas le besoin d'aide pour les 6 AVQ, selon l'expertise du 1.04.2016, les plaintes physiques sont en lien avec une fibromyalgie, estimée non incapacitante, ce sont les comorbidités psychiques sévères qui « handicapent » l'assurée dans son quotidien, à savoir le besoin constant d'être accompagnée. En particulier lors de l'expertise « l'assurée se lève facilement, se déplace lentement, pendant les 90 min de l'entretien elle reste assise sans demander à changer de position, l'habillage et déshabillage s'effectuent debout sans stratégie antalgique, la mobilité rachidienne est complète sans douleurs, la colonne cervicale est raide et douloureuse mais reste mobile, épaule symétrique avec bonne mobilisation active, le status neurologique est dans la norme (p18-20). Les investigations en imagerie (2013) ne montrent aucune lésion anatomique, expliquant les multiples plaintes (IRM cervicale du 18.09.2013 sans conflit discoradiculaire, discarthrose C5 à C7 débutante). On peut considérer que pour l'essentiel les plaintes de l'appareil locomoteur ne sont pas corroborées par des lésions anatomiques démontrables mais l'expression d'un syndrome douloureux chronique qui ne peut justifier une IT de longue durée (p24) ». Les diagnostics et LF relevées par le Dr W. _____ sont une interprétation de la même situation, que les experts associent à la fibromyalgie. Le Dr W. _____ estime que le besoin est présent depuis 2015 donc antérieur à l'expertise de 2016, et ne rapporte pas d'aggravation depuis celle-ci.

Conclusion :

Nous ne validons pas les limitations fonctionnelles physiques avancées par l'assurée et le Dr W. _____, mais suivons l'avis des experts.

Nous pouvons donc reconnaître le besoin d'accompagnement et une surveillance, mais sur le plan physique rien n'explique le besoin d'aide pour tous les AVQ ».

Par projet de décision de 19 octobre 2017, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui octroyer une allocation de degré faible depuis le 1^{er} novembre 2016, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Dans le cadre de la demande d'examen du droit à une allocation pour impotent déposée en date du 28 novembre 2016, une visite à domicile par une collaboratrice de notre service extérieur a été réalisée afin d'examiner aussi précisément que possible l'aide dont vous avez [besoin] pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Au vu des renseignements en notre possession, nous constatons que vous êtes autonome dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Vous avez cependant besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et d'une surveillance personnelle depuis le mois [de] novembre 2015.

A l'échéance du délai de carence d'un an, soit dès le 1^{er} novembre 2016, les conditions d'une allocation pour impotent de degré faible sont remplies ».

Le 28 novembre 2017, l'assurée, assistée de Pro Infirmis, s'est opposée au projet de décision du 19 octobre 2017, soutenant en substance avoir besoin d'aide pour les six actes ordinaires de la vie et qu'une limitation fonctionnelle d'ordre somatique n'était pas une condition *sine qua non* de la reconnaissance du besoin d'aide dans un acte ordinaire de la vie.

Dans un avis médical du 5 décembre 2017, la Dre M. _____ du SMR a retenu que le courrier précité ne contenait pas de nouveaux éléments médicaux aptes à modifier les conclusions antérieures. Elle a précisé que l'assurée validait son besoin d'aide pour les six actes ordinaires de la vie en raison de ses multiples douleurs, douleurs attribuées à sa fibromyalgie non incapacitante selon l'expertise du 1^{er} avril 2016, et non de son atteinte psychiatrique.

Par décision du 19 mars 2018, l'OAI, se basant sur l'avis médical précité, a confirmé son projet du 19 octobre 2017 et octroyé à la recourante une allocation pour impotence de degré faible en raison d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et de surveillance personnelle depuis le mois de novembre 2015, énumérant les limitations fonctionnelles suivantes : pertes de connaissance imprévisibles avec convulsions, vulnérabilité au stress, angoisse, évitements multiples,

difficultés relationnelles liées à l'importante timidité, manque d'autonomie.

B. Par acte du 2 mai 2018, Y._____, représentée par Me Florence Bourqui, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme, en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré grave lui soit allouée à compter du 1^{er} novembre 2016. Elle requiert également d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, elle fait valoir que son besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie est avéré et confirmé par les rapports médicaux au dossier, y compris l'expertise du Centre X._____ et le rapport d'enquête à domicile du mois de mars 2017. Elle invoque également que les limitations fonctionnelles somatiques ne sont pas déterminantes pour apprécier le besoin d'aide puisque celui-ci peut également trouver son origine dans des affections psychiatriques.

Par décision du 7 mai 2018, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 avril 2018, dans la mesure de l'exonération des frais judiciaires et de leurs avances et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui.

Dans sa réponse du 5 juin 2018, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il soutient que les plaintes physiques sont en lien avec une fibromyalgie non incapacitante, soulignant que ce sont les comorbidités psychiques qui justifient un besoin d'accompagnement. Selon l'intimé, la recourante fait valoir un besoin d'aide indirecte motivé par ses atteintes psychiatriques, mais n'apporte toutefois aucun argument médical d'ordre psychique justifiant un besoin d'aide.

Répliquant le 25 juin 2018, la recourante maintient ses conclusions, soulignant que le Centre X._____ a reconnu les raisons pour lesquelles elle était empêchée de faire quoi que ce soit et restait totalement dépendante de son entourage.

Dans sa duplique du 9 août 2018, l'intimé confirme ses conclusions.

C. Au mois de juin 2019, l'OAI a produit les pièces suivantes :

- un courrier de Me Corinne Arpin, indiquant que l'état de santé de la recourante s'était amélioré depuis que son époux a été expulsé du domicile conjugal au début du mois d'avril 2019 ;

- un rapport du Dr W._____ du 23 avril 2019 certifiant que la recourante est actuellement abstinente de l'alcool et des opiacés, notamment l'oxycodone ;

- un certificat médical du 15 mai 2019 du Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant que la recourante suit un traitement psychothérapeutique de façon responsable et régulier, qu'elle fait des progrès, dont le status clinique est stable et qui se montre active dans son processus de soin.

Par courrier du 25 juin 2019, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas d'autres remarques à formuler dès lors que l'amélioration de son état de santé était postérieure à la décision litigieuse.

Le dossier réactualisé de l'assurée a été produit par l'OAI.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur l'allocation pour impotent allouée à la recourante, singulièrement sur la question de savoir si elle peut bénéficier d'une indemnité pour impotent de degré grave en lieu et place d'une allocation pour impotent de degré faible.

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

Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3).

b/aa) L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la

vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

bb) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

cc) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

c) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;

- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

d) 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 (ATF 133 V 450). 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).

e) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant

être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées).

La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.6 et les références citées).

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

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. En l'espèce, l'intimé a octroyé à la recourante une allocation d'impotence de degré faible en raison d'un besoin d'accompagnement et de surveillance personnelle. Dans son recours, cette dernière conclut à l'octroi d'une allocation d'impotence de degré grave au motif qu'elle nécessiterait de l'aide pour tous les actes ordinaires de la vie.

a) On rappellera que la recourante est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 100%, depuis le 1^{er} avril 2014, suite à l'expertise effectuée par le Centre X._____, dont le rapport du 1^{er} avril 2016 retenait les diagnostics incapacitants de trouble mixte de la personnalité avec traits de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, dépendante et anxieuse (évitante) (F61.0) depuis l'adolescence, d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), de malaises vagues avec perte de connaissance et convulsions et de status après fracture comminutive de la tête du cinquième métacarpien le 22 février 2016. La recourante présente également d'autres diagnostics non incapacitants d'obésité morbide, céphalées de tension, syndrome douloureux somatoforme persistant/fibromyalgie et de syndrome douloureux fémoro-patellaire sur hyperpression externe avec *genu velga*.

L'instruction conduite à la suite de la demande d'allocation pour impotent déposée le 28 novembre 2016 a mis en avant les éléments

suivants. Selon le Dr J._____, psychiatre, la recourante n'avait besoin d'aucune aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie (cf. rapport médical du 14 décembre 2016). De son côté, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne, a, dans son rapport médical du 6 février 2017, confirmé la nécessité des aides en raison des limitations physiques. Enfin, dans son rapport du 16 août 2017, l'enquêtrice ayant conduit l'enquête sur l'impotence à domicile, a retenu qu'une aide apparaissait nécessaire pour tous les actes ordinaires de la vie, en mentionnant cependant que *« les [limitations fonctionnelles] somatiques paraiss[ai]ent incohérentes par rapport à une vie de mère de famille avec 2 enfants en bas âge et 2 bébés à venir » [et qu'il] serait pertinent de passer le dossier au SMR avant de rendre la décision afin de valider les [limitations fonctionnelles] physiques ».*

b) Dans son avis médical du 28 septembre 2017, les médecins du SMR invalident le besoin d'aide pour les différents actes ordinaires de la vie. Selon eux, les plaintes physiques de la recourante sont en lien avec une fibromyalgie non incapacitante et ce sont, en réalité, les comorbidités psychiques qui justifient un besoin d'accompagnement. Aucun élément au dossier ne permet de contredire cette conclusion. En effet, lors de l'expertise, les experts n'ont pas retrouvé de limitations objectives des amplitudes articulaires ni de déficit moteur ni même de troubles cognitifs, relevant au contraire que *« l'assurée se lève facilement, se déplace lentement, pendant les 90 minutes de l'entretien elle reste assise sans demander à changer de position, l'habillage et le déshabillage s'effectuent debout sans stratégie antalgique, la mobilité rachidienne est complète sans douleurs (...). Les investigations en imagerie (2013) ne montrent aucune lésion anatomique expliquant les multiples plaintes (...) ».* Il ne figure pas non plus au dossier d'éléments propres à démontrer que les diagnostics et limitations fonctionnelles relevées par le Dr W._____ ne sont pas une interprétation de la même situation que les experts associent à une fibromyalgie non incapacitante.

On relèvera en outre que selon ce praticien, le besoin d'aide serait présent depuis 2015, soit antérieurement à l'expertise, et qu'il ne

rapporte aucune aggravation. En d'autres termes, lors de l'expertise du Centre X._____, la recourante déclarait déjà des limitations somatiques significatives que le status minutieux, notamment par l'expert rhumatologue, n'avait aucunement permis d'objectiver. Si le Dr W._____ indique que la recourante ne peut utiliser son côté droit, il ne précise toutefois ni diagnostic ni atteinte responsable de cet état, pas plus qu'il n'étaye ces « blocages » par un status. De plus, ces atteintes justifieraient selon ce médecin une aide dans tous les actes ordinaires de la vie de manière permanente alors que lui-même atteste que le besoin d'aide dépend des crises douloureuses.

Il convient dès lors de conclure que sur le plan somatique, il n'existe pas un besoin d'aide avéré pour l'ensemble des actes ordinaires de la vie.

Admettant cela, la recourante fait alors valoir un besoin d'aide indirecte motivé par ses atteintes psychiatriques. Elle n'apporte toutefois aucun argument médical d'ordre psychique justifiant un tel besoin d'aide, comme le relève à juste titre le SMR dans son avis du 5 décembre 2017, selon lequel l'intéressée valide son besoin d'aide pour les six actes ordinaires de la vie, en raison de ses multiples douleurs attribuées à la fibromyalgie non incapacitante et non de son atteinte psychiatrique.

Comme cela ressort de l'expertise du Centre X._____ sont invalidants les troubles psychiatriques, ainsi que les malaises avec pertes de connaissances qui, malgré leur origine fonctionnelle et, donc, sans substrat organique, empêchent à l'heure actuelle l'exercice régulier de quelconque activité lucrative. Ces mêmes limitations fonctionnelles ont été retenues pour déterminer l'allocation pour impotent. Ainsi que l'a retenu le Dr J._____, les troubles psychiques dont souffre la recourante ne l'empêchent pas, en tant que tels, d'effectuer les actes ordinaires de la vie, mais justifient un besoin d'accompagnement et une surveillance personnelle depuis le mois de novembre 2015.

c) Force est dès lors de constater que la décision rendue par l'OAI le 19 mars 2018 ne prête pas flanc à la critique.

d) A la production actualisée du dossier AI, on constate effectivement que l'amélioration de l'état de santé de la recourante est postérieure à la décision litigieuse, de sorte qu'il convient de ne pas en tenir compte.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

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

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

c) Par décision de la juge instructeur du 7 mai 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 avril 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Florence Bourqui.

Par courrier du 1^{er} mai 2020, cette dernière a laissé à l'appréciation du tribunal le montant de l'indemnité qui pourrait lui être allouée dans le présent litige, qu'il convient dès lors d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 mars 2018 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 laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Florence Bourqui, conseil de Y._____, est fixée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), TVA et débours compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour Y. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :