

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2015

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Merz, juges
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service
Juridique, à Bienne,

et

A._____, à Vevey, intimé.

Art. 9 LPGA; 6 al. 2 et 42 al. 1 et al. 3 LAI; 37 et 38 RAI

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1987, de nationalité [...], au bénéfice d'un permis B, est arrivée en Suisse le [...] 2004 avec sa mère laquelle avait épousé un ressortissant helvétique le [...] 2002.

Le 14 février 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une poliomyélite tendant à l'octroi de moyens auxiliaires (prothèse), de mesures médicales de réadaptation spéciales et d'une rente.

Dans un rapport du 17 novembre 2004 adressé à l'assureur-maladie de l'assurée, les médecins du service d'orthopédie du Q. _____ (ci-après : le Q. _____) ont relevé les éléments suivants :

« La patiente souffre des séquelles d'une poliomyélite avec une atteinte du membre inférieur droit. A l'âge de 5 ans. Elle a été prise en charge chirurgicalement dans son pays d'origine avec une intervention au niveau du bassin (probable ostéotomie), ainsi qu'une opération postérieure du genou. Elle a été équipée par la suite d'une orthèse qu'elle a porté pour une durée de trois ans. Mlle J. _____ marche actuellement en décharge avec deux cannes. Elle ne se plaint d'aucune douleur mais a de la peine à trouver du travail, raison pour laquelle elle a consulté le Dr Z. _____, qui me l'a adressée pour un avis.

Il s'agit d'un cas compliqué qui nécessiterait, si on veut la sevrer de ses cannes, de nouvelles interventions au bassin et au genou.

Une solution par orthèse est également envisageable mais il faudrait alors que cette dernière soit pelvi-cruro-pédieuse avec un appui sur la tubérosité ischiatique, afin d'éviter une luxation coxo fémorale consécutive à la mise en charge ».

Par décision du 21 juillet 2005, l'OAI a refusé de prendre en charge les mesures médicales demandées, les conditions générales d'assurance n'étant pas remplies. L'assurée avait en effet contracté la poliomyélite en 1989 et avait subi des interventions en rapport avec les séquelles de cette maladie déjà dans son pays d'origine. L'assurée ne

comptait dès lors pas un an de résidence en Suisse au moment où elle avait eu besoin de ces mesures médicales pour la première fois.

Par une seconde décision du 21 juillet 2005, l'OAI a également refusé de prendre en charge les frais du moyen auxiliaire demandé, soit une orthèse, les conditions générales d'assurance n'étant pas remplies. L'assurée avait en effet déjà eu besoin d'une orthèse pour la première fois lorsqu'elle était encore au [...]. L'assurée ne comptait dès lors pas un an de résidence en Suisse au moment où ce genre de moyens auxiliaires était devenu nécessaire pour la première fois.

Dans un rapport médical du 29 septembre 2005 à l'OAI, le Dr D._____, chef de clinique adjoint au service d'orthopédie du Q._____, a indiqué que l'assurée était en traitement depuis le 2 novembre 2004. Elle souffrait au niveau du membre inférieur droit de séquelles de poliomyélite qu'elle avait contractée à l'âge de cinq ans. Elle avait probablement subi deux interventions chirurgicales au [...], à savoir une ténotomie d'allongement du tendon d'Achille et une opération du genou. Elle se mobilisait avec deux cannes en décharge du membre inférieur droit et se plaignait de douleurs de surcharge au niveau du pied gauche. Elle avait commencé un apprentissage de créatrice de vêtements à [...] où la plus grande difficulté était les déplacements. Il convenait d'améliorer la patiente avec une orthèse pelvi-cruro-pédieuse à droite afin de voir si l'on pouvait améliorer sa mobilité. Le cas échéant, une opération chirurgicale pouvait être rediscutée. Le Dr D._____ estimait que dans le cadre de son apprentissage, l'assurée présentait des limitations fonctionnelles.

Dans le cadre d'un premier entretien du 17 mars 2006 avec l'assurée, la division de réadaptation de l'OAI (ci-après : la REA) a relevé les éléments suivants (cf. note 1^{er} entretien du 20 mars 2006) :

« L'assurée est une fille [...], âgée de 19 ans, arrivée en Suisse en 2004.

Elle a fait son école primaire au [...] jusqu'à 10 ans, puis 3 ans de formation dans l'industrie de l'habillement dans un centre d'enseignement technique et professionnel jusqu'en 2000. Après

elle intègre un centre de formation et de production pour des femmes handicapées « [...] » jusqu'en 2003.

Dès son arrivée en Suisse, elle fréquente pendant l'année 2004-2005 une classe de transition à [...]. Mlle J. _____ a commencé un apprentissage de créatrice de vêtements pour dames au F. _____ [F. _____] le 15.08.2005. Cet apprentissage dure 3 ans, c'est-à-dire jusqu'au 14.08.2008. Au [...], l'assurée s'est formée et travaillait dans la création d'habillements [...].

Lors de notre entretien nous avons constaté que Mlle J. _____ se déplace avec deux cannes, mais avec une bonne facilité. Elle a l'air de bien accepter sa situation et fait preuve de grand courage et volonté.

Selon le rapport du Dr D. _____ du 29.09.2006 : « *La patiente avait été équipée de cinq ans en avant d'une orthèse. Elle se mobilise avec deux cannes en décharge du membre inférieur droit et se plaint maintenant de douleurs de surcharge au niveau du pied gauche. Elle a commencé un apprentissage de créatrice de vêtement à [...] où la plus grande difficulté est dans les déplacements* » ».

Par communication du 25 septembre 2006, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais supplémentaires de formation professionnelle initiale, soit le logement à [...] d'un montant de 650 fr. par mois du 15 août 2005 au 14 août 2008.

Dans un rapport intermédiaire du 19 juin 2008, la REA a relevé que l'assurée avait réussi son CFC de créatrice de vêtements pour dames effectué auprès du F. _____ (ci-après : le F. _____) à [...] dont la mesure se terminait le 14 août 2008. En vue de l'aider à trouver un emploi dans l'économie, elle avait besoin d'être suivie et soutenue par le biais d'aide au placement.

Par communication du 20 juin 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement.

L'assurée a donné naissance à une fille le [...] 2009 et s'est mariée le [...] 2009.

Par communication du 6 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'orientation professionnelle auprès de N. _____ à [...] du 30 juin au 30 septembre 2009.

Par communication du 7 octobre 2009, l'OAI a prolongé la mesure au 30 octobre 2009, l'assurée ayant besoin d'un délai de trente jours supplémentaires pour s'adapter à une nouvelle prothèse externe de la jambe droite octroyée par l'assurance-accidents.

A l'issue du stage, l'assurée a obtenu un contrat de travail de durée indéterminée à 50% dès le 1^{er} novembre 2009 auprès de N._____, la rémunération brute mensuelle étant fixée en fonction des pièces exécutées selon un barème, soit en moyenne 650 fr. par mois (rendement de 25%). L'OAI a pris en charge les frais d'une allocation d'initiation au travail (AIT), soit 600 fr. par mois du 1^{er} novembre 2009 au 1^{er} janvier 2010.

Dans le cadre d'un rapport final du 8 janvier 2010, la REA a constaté que le revenu d'invalidé se montait à 14'600 fr., alors que le revenu sans invalidité était de 40'800 fr. (salaire de base pour couturière avec CFC à 100%). La REA a dès lors constaté que l'assurée semblait avoir mal été orientée professionnellement, raison pour laquelle il convenait de réinstruire le dossier.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional AI (ci-après : le SMR). Dans un rapport du 21 avril 2010, le Dr K._____ a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée comme celle de couturière, soit respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité de type sédentaire en position assise, sans manipulation de charges lourdes, sans usage d'échelle ou d'escalier, pas de position à genoux ou accroupie; les déplacements sur de courtes distances étant possibles, l'assurée portant une orthèse et se déplaçant à l'aide de cannes anglaises.

Il ressort d'une fiche d'examen du 26 mai 2010 qu'après maintes recherches, N._____ était la seule possibilité qui avait été trouvée. En effet, les grandes surfaces et les autres magasins sous-traitaient les travaux de retouche à des couturières indépendantes,

lesquelles devaient pratiquer des prix très modestes. En raison de ses limitations fonctionnelles, l'assurée ne pouvait travailler dans la vente ou dans une activité proche de la décoration comme la confection de rideaux.

Par communication du 22 novembre 2010, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle à 100% en faveur de l'assurée auprès du Centre de l'Y._____ (Y._____) d' [...] pour une durée de trois mois dans la section bureau-commerce du 3 janvier au 25 mars 2011.

Par décision du 21 janvier 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée le versement d'une indemnité journalière de 97 fr. 30.

Par une communication complémentaire du 3 février 2011, l'OAI a pris en charge les frais de déplacements, soit 20 fr. par jour.

Dans un rapport de synthèse du 29 mars 2011, le Centre Y._____ a pris les conclusions suivantes :

« En réponse au mandat confié, dans le cadre d'une démarche d'orientation professionnelle dans le domaine du bureau-commerce, nous constatons qu'une formation de type CFC n'est pas réaliste. Mme J._____ possède en revanche les capacités pour envisager une formation de type AFP [attestation de formation professionnelle]. Néanmoins, il convient de tenir compte du fait que les travaux confiés à un assistant de bureau comportent souvent une grande part d'activités de « *manutention* », telles que : classement, archivage, photocopies, scannage de documents, qui demandent une mobilité que Mme J._____ n'a pas. Par ailleurs, comme indiqué plus haut, le domaine d'activité ne paraît pas adapté non plus à l'atteinte à la santé dans la mesure où il provoque des douleurs dorsales. Au vu de ce qui précède, nous doutons que :

- Le type de formation proposé permette d'augmenter l'employabilité de l'assurée et son employabilité à long terme.
- Des perspectives de gain dans cette profession au vu des limitations, qui résultent de déficiences au niveau de son système organique.

Le risque existe que Mme J._____, au terme d'une deuxième formation initiale, se retrouve dans une situation comparable à celle qu'elle vit actuellement sur les plans de l'employabilité et économique.

Comme évoqué durant la synthèse, Mme J._____ s'est adressée à Procap en vue d'obtenir un soutien et des conseils par rapport aux particularités spécifiques de sa situation (conditions d'assurance, importantes limitations fonctionnelles, droit à une impotence, etc).

Mme J._____ a quitté l'Y._____ au terme de la mesure, soit au 25 mars 2011 ».

Dans un rapport médical du 10 mai 2011 à l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis le 18 avril 2011, a posé le diagnostic de status après poliomyélite avec atteinte complexe du membre inférieur droit. Il a attesté une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée soit excluant la station assise prolongée en raison de lombalgies.

Il ressort d'un entretien du 8 juillet 2011 entre des collaborateurs de la REA et l'assurée, assistée désormais par Procap Suisse, Service juridique, les éléments suivants :

« [...].

D'un point de vue extérieur, Mme J._____ a beaucoup de difficulté à se mouvoir : elle se déplace à l'aide de deux cannes anglaises, et très lentement. Elle a par ailleurs de la peine à supporter la station assise prolongée, et manifeste des signes de douleur au bout d'environ 40 minutes d'entretien, sans demander à se lever : elle est toutefois soulagée de pouvoir le faire lorsque nous l'y invitons. Comme Mme J._____ nous le dira à plusieurs reprises, elle préfère prendre sur elle, et vis-à-vis de l'extérieur dire que tout va bien, quitte à endurer une augmentation des douleurs pour ne rien laisser paraître.

Actuellement, l'assurée nous dit avoir des douleurs principalement lors de stations prolongées et immobiles, que ce soit en position assise ou debout (qui sont de ce fait nettement plus importantes la nuit). Elle a besoin de beaucoup bouger, quitte à parfois se mettre à genoux pour se soulager, même si les transitions sont également très difficiles. Depuis quelques temps, elle relève en outre des douleurs au niveau du genou et du pied de la jambe valide, ainsi que des douleurs lombaires qui sont apparues suite à la pose d'une o[r]thèse en 2009. Nous pouvons vraisemblablement penser que cela a diminué sa mobilité de manière significative, d'autant plus que Mme J._____ nous dit ne plus sortir hors de chez elle et que cela lui manque.

A la maison, Mme J._____ fait ce qu'elle peut en fonction de ses moyens, et se fait aider pour toutes les tâches domestiques lourdes (rappelons qu'elle est mère d'une petite fille de trois ans). Elle peut compter sur son mari et ses amies et voisines, qui l'aident volontiers. Elle a utilisé la même stratégie au cours de sa formation au F._____, durant laquelle ses collègues de travail l'ont beaucoup aidée, ce qui lui a permis de ne pas montrer ses difficultés à ses formatrices. Bien qu'elle ait été consciente des aménagements à faire sur sa place de travail et du fait qu'elle ne pouvait pas assumer un travail à plus de 50%, Mme J._____ relève qu'elle n'avait jamais réalisé l'ampleur de son handicap jusqu'à son passage à l'Y._____, qui l'a obligée à se confronter à ses limites, ce qui l'a énormément affectée. Elle s'inquiète beaucoup de savoir quelle autre profession

nous pourrions lui proposer, et se sent très démunie par rapport à son avenir.

Sans invalidité, Mme J. _____ aurait aimé pouvoir travailler à temps plein. Elle appréciait beaucoup sa profession de couturière, elle « *se sentait vivre* », raison pour laquelle elle a assumé son dernier emploi malgré la pauvreté des conditions salariales proposées. Pensant qu'une compensation de l'Al allait lui permettre d'atteindre un revenu décent, elle a démissionné de son poste le jour où elle s'est rendue compte que cela n'allait pas être le cas.

Selon l'assurée, certaines tâches sont difficiles pour elle : le repassage, où elle doit rester debout de manière prolongée (dans ces cas-là, elle se force et la douleur la déconcentre et elle devient « *absente* », aller chercher des pièces de tissus, la découpe,... Malgré cela, au vu des limitations fonctionnelles et comme le relevait le SMR (rapport du 21 avril 2010), l'activité de couturière reste à priori adaptée.

Toutefois, de nouvelles informations médicales laissant supposer une péjoration de l'état de santé de l'assurée nous étant parvenues, il nous semble indispensable qu'une nouvelle évaluation par le SMR soit effectuée avant de rendre une nouvelle décision ».

B. Le 18 juillet 2011, J. _____ a déposé une demande d'allocation pour impotent. Elle indique avoir besoin d'une aide directe pour se vêtir/se dévêtir depuis la réception de son orthèse en septembre 2009, pour l'enlever et mettre/ôter les vêtements qui passent par sa jambe. Il est également mentionné qu'elle a besoin d'aide pour lui permettre de se baigner /se doucher depuis 2004, soit pour entrer et sortir de la douche. Elle a en outre besoin de prestations d'aide pour lui permettre de vivre chez elle et pour les rendez-vous et les contacts hors domicile. A cet égard, une annexe à la demande d'allocation pour impotent précise ce qui suit :

« Accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie :

5.2

Depuis 2004, besoin d'aide de mon mari et de ma sœur (famille) pour beaucoup de tâches domestiques, notamment celles liées à la préparation des repas, à la lessive, au ménage (utiliser l'aspirateur, récuser, faire la vaisselle). Toute manipulation de charges, même légères, est limitée et toute manipulation nécessitant que je m'agenouille ou que je m'accroupisse n'est pas possible.

En outre, le besoin d'aide est nécessaire pour tout achat alimentaire (ou autre, s'il faut porter, par exemple aller chercher un paquet à la poste,...) à l'extérieur de la maison en raison des limitations motrices.

5.3

Depuis 2004, tout déplacement hors de mon domicile implique des difficultés (escaliers,...) et surtout un temps plus long avec comme conséquence une fatigue qui se répercute sur mes autres actes du quotidien. Si je dois me déplacer régulièrement, je suis obligée d'utiliser une voiture (taxi,...); les bus avec marches m'empêchent d'y accéder.

Autrement dit, sans l'aide de tiers, je ne pourrais pas vivre de manière indépendante ».

Dans un courrier du 8 juillet 2011 adressé à Procap, le Dr G. _____ s'est déterminé comme suit :

« 1. Description de l'état de santé depuis mon suivi :

Patiente souffrant de séquelles de poliomyélite du membre inférieur D [droit] depuis l'âge de 5 ans. Elle est par ailleurs en relative bonne santé, si ce ne sont ses problèmes orthopédiques : lombalgies chroniques, douleurs du genou et de la cheville G [gauche] quand se relève de la position assise; elle n'arrive pas à rester longtemps assise ou debout

2. Nomination du diagnostic, description d'une éventuelle aggravation et depuis quand :

Séquelles de polio du membre inférieur D

Elle porte une orthèse de ce membre depuis environ 1 an, mais celle-ci n'a pas été réadaptée depuis.

3. Description des limitations fonctionnelles somatiques et/ou psychiques :

Uniquement limitations fonctionnelles : station debout ou assise prolongée (maximum 30 minutes) impossible, suite à douleurs tant lombaires que des membres inférieurs

4. L'activité de couturière est-elle adaptée à l'état de santé :

Non, car la station assise prolongée n'est pas possible

5. Taux de présence possible dans une activité adaptée, s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles, et pour quels motifs :

à 50%, mais en adaptant l'activité

6. Taux de rendement attendu dans une activité adaptée, s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles, et pour quels motifs :

100%, si adaptation de l'activité

7. Quel est le pronostic vraisemblablement attendu (gravité des troubles, risque de chronicisation) :

Pronostic réservé, bien qu'un bon appareillage et une activité adaptée pourraient lui permettre de travailler à 50%, elle présente un caractère fort et ne veut pas rester à rien faire chez elle.

8. Des mesures de réadaptation sont-elles envisageables afin de conserver ou de rétablir une pleine activité de travail :
Une pleine activité de travail semble illusoire, mais possible à 50%, en adaptant le handicap et l'activité elle-même ».

Par avis médical du 26 juillet 2011, le Dr K. _____ a relevé que le rapport de l'Y. _____ entre autre établissait que l'assurée avait quitté son travail de couturière pour des raisons qui ne prenaient pas leurs racines dans la sphère médicale. Retenant notamment que « *le Dr G. _____ estime que la CT [capacité de travail] est de 100% [sic] dans une activité adaptée* », il a considéré que la capacité de travail était toujours entière dans une activité adaptée. Il s'est référé pour les limitations fonctionnelles à celles retenues par le SMR dans son rapport d'avril 2009.

Dans un rapport médical du 20 septembre 2011 à l'OAI, le Dr G. _____ a posé les diagnostics de poliomyélite du membre inférieur droit et orthèse depuis l'âge de cinq ans, de lombalgies chroniques et de douleurs au niveau de la cheville et du genou gauches présents depuis janvier 2011. Il a précisé que la position assise ou debout prolongée était impossible et que la patiente présentait une tendance dépressive consécutive à cet état locomoteur. Il a ajouté que l'état de santé de l'assurée pouvait s'améliorer par des mesures médicales (révision de l'orthèse) et des moyens auxiliaires (idem).

Dans un rapport médical du 18 octobre 2011 à l'OAI, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis l'adaptation d'une orthèse le 28 octobre 2009 dans le cadre d'une impotence fonctionnelle relative liée à des séquelles de poliomyélite au membre inférieur gauche. Il a en outre précisé que « *quoiqu'il en soit, la patiente n'est plus actuellement suivie en ce qui me concerne, à savoir que l'adaptation d'une orthèse permettant une marche « plantigrade » sans recours constant à des moyens auxiliaires semble avoir été assurée* ».

Une enquête pour l'évaluation de l'impotence a été réalisée le 14 février 2012. Dans son rapport du 15 février suivant, l'enquêtrice a retranscrit les limitations fonctionnelles selon l'assurée et son entourage comme suit :

« Port d'une orthèse au MI D [membre inférieur droit] depuis octobre 2009 - déplacement avec deux cannes anglaises ».

L'enquêtrice a retenu que l'aide directe du conjoint était requise depuis octobre 2009 pour placer l'orthèse correctement et ajuster le pantalon sur le moyen auxiliaire, étant précisé que l'intéressée portait l'orthèse un jour sur deux depuis début 2011. Pour se baigner et se doucher, l'enquêtrice a mentionné que l'assurée avait besoin d'une aide directe depuis 1992 du conjoint et auparavant de la famille pour sécuriser la sortie de la baignoire, car le pied d'appui n'était pas stable et le risque de glissade était important. S'agissant des déplacements à l'extérieur, l'enquêtrice a indiqué que depuis 1992, l'assurée devait être accompagnée pour sortir si elle se trouvait avec sa petite fille, car elle ne pouvait pas lui donner la main puisqu'elle utilisait deux cannes. Tous les transports d'objets qui ne pouvaient prendre place dans un sac à dos devaient être pris en charge par une tierce personne, puisque l'assurée ne pouvait rien porter avec les mains. Dans le tableau de synthèse, l'enquêtrice a répondu par l'affirmative aux impotences dues à l'invalidité s'agissant des actes ordinaires de la vie (se vêtir/dévêtir dès octobre 2009, faire sa toilette dès 1992, se déplacer/entretenir des contacts sociaux dès 1992). Elle a finalement estimé que l'assurée n'avait pas besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, sans rien retenir de plus à ce sujet.

Le 2 mai 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus d'allocation pour impotent. Il a retenu que l'assurée ne remplissait pas les conditions générales d'assurance, considérant comme hautement vraisemblable que le besoin d'une aide régulière et importante d'autrui dans l'accomplissement de certains actes ordinaires de la vie existait déjà au moment de son arrivée en Suisse.

L'assurée a présenté ses objections le 7 juin 2012.

Par décision du 14 juin 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 juin précédent. L'office a annexé à sa décision - pour en faire partie intégrante - un courrier daté du même jour, lequel avait la teneur suivante :

« Vous contestez que l'impotence de notre assurée soit survenue - soit quelle ait été, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération - avant son arrivée en Suisse en février 2004.

D'une manière générale, nous constatons que l'assurée a souffert d'une poliomyélite à l'âge cinq ans, soit en 1992. L'atteinte complexe des membres inférieurs remontent à cette époque (« *depuis l'enfance* »; cf. rapport du Dr Z. _____ du 15.02.2010). En raison de cette atteinte, elle a subi plusieurs interventions chirurgicales et porté une orthèse durant trois ans alors qu'elle se trouvait encore au [...] (rapport du Q. _____ du 17 novembre 2004). Depuis son arrivée en Suisse, cette atteinte à la santé physique n'a pas subi d'évolution (rapport d'examen du Service médical régional de l'assurance- invalidité (SMR) du 12 avril 2010).

S'agissant de l'acte de « *se vêtir / se dévêtir* », vous avancez que le besoin d'aide remonte à octobre 2009, date à laquelle l'intéressée a reçu son orthèse (portée, en l'occurrence, un jour sur deux). Toutefois, comme on vient de le souligner, l'assurée a déjà été porteuse d'une orthèse alors qu'elle se trouvait encore au [...]. Selon le Dr D. _____, cela a été le cas cinq ans avant la rédaction de son rapport du 29 septembre 2005, soit en 2000. En l'absence d'aggravation de l'atteinte dont il s'agit depuis l'arrivée en Suisse (cf. rapport d'examen SMR précité), on ne peut qu'en déduire que le besoin d'aide allégué pour placer l'orthèse a existé par le passé, avant l'arrivée en Suisse, pour une durée minimum de trois ans.

Vous contestez également que le besoin d'aide pour l'acte de « *faire sa toilette* » ait existé depuis l'âge de cinq ans (1992), au motif que tout enfant de cet âge a besoin de ses parents pour le contrôle de son hygiène corporelle et aider au lavage des cheveux. Indépendamment de savoir si cela est correct ou non, le rapport d'enquête du 15 février 2012 relève un besoin d'aide en raison du seul fait que le pied d'appui n'étant pas stable, un risque de glissement se fait sentir. En d'autres termes, l'aide retenue est sans rapport avec un état de fait lié à l'enfance, mais strictement en relation avec les séquelles de la poliomyélite, laquelle est survenue en 1992.

Pour ce qui est de l'acte de « *se déplacer* », une objection similaire peut être faite à votre argument selon lequel la plupart des enfants de cinq ans ne sont pas totalement autonomes pour les déplacements à l'extérieur. C'est peut-être le cas, à mesure qu'à cet âge, il convient de s'assurer que l'enfant ne se perde pas et qu'il se comporte de manière adéquate face aux différents dangers qui peuvent surgir à l'extérieur. Dans la situation qui nous occupe, les

faits pertinents résident dans les difficultés motrices et celles rencontrées dans l'usage des mains. Or dites difficultés font sans aucun doute partie des séquelles de la poliomyélite précitée, dont on a vu que l'apparition était largement antérieure à l'arrivée en Suisse.

Ce qui précède confirme à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante qu'en ce qui concerne les deux actes de la vie ordinaire dont il fait état ci-dessus, le besoin d'aide était avéré plusieurs années en amont de l'arrivée de l'assurée en Suisse. L'impotence était ainsi, de par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations (art. 4.2 LAI, art. 28.1 let. b LAI par renvoi de l'art. 42 al. 4 LAI, art. 37 al. 3 RAI (impotence faible) avant que l'assurée n'ait cotisé une année entière ou résidé pendant dix ans de manière ininterrompue en Suisse (art. 6 al. 2 LAI).

Nous maintenons ainsi que les conditions d'assurances ne sont pas remplies pour la prestation dont il s'agit [...] ».

C. Par acte de son mandataire du 16 août 2012, J._____ recourt contre la décision du 14 juin 2012. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle conteste que la survenance de l'impotence puisse être fixée antérieurement à son arrivée en Suisse. Elle rappelle qu'elle a été en mesure de vivre seule entre l'été 2005 et l'été 2008, soit durant son apprentissage au F._____. Si elle admet que l'aide pour se vêtir remonte à octobre 2009, elle estime que le début de l'aide pour se baigner / se doucher remonte également à octobre 2009 (et non 1992) et s'explique par la nouvelle orthèse et une très probable évolution négative de son état de santé. En ce qui concerne l'acte de se déplacer, elle allègue avoir également bénéficié d'une période de relative indépendance durant l'apprentissage au F._____ où elle empruntait seule les transports en commun et se déplaçait donc de manière autonome, mais précise qu'elle reste limitée dans ses déplacements si les trajets sont trop longs ou avec des obstacles. Elle ajoute que ses difficultés motrices ont des effets négatifs sur certains actes pris en compte dans le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, puisqu'il lui est impossible d'utiliser ses mains (utilisation de cannes anglaises) lorsqu'elle se déplace accompagnée de sa fille en bas âge, lorsqu'elle fait ses achats, ainsi que pour l'ensemble des tâches domestiques, autant d'actes qui ne peuvent tout simplement pas être accomplis sans l'aide d'une tierce personne. Elle soutient en outre que le droit à une allocation

pour impotence de faible degré est ouvert en cas de besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, puisque ce droit ne peut prendre naissance au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18^{ème} anniversaire. Le dossier étant toutefois lacunaire sur ce point, il y a lieu de procéder à une nouvelle évaluation à domicile, puisque l'enquêtrice a simplement coché par la négative la question 4.2 du formulaire sans explications. Elle considère enfin que le droit à une allocation pour impotent de degré supérieur est ouvert au cas où il convient d'admettre qu'elle a en outre un besoin d'aide régulier pour un ou plusieurs actes ordinaires de la vie. La recourante sollicite l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

Par décisions du 16 et 28 août 2012 (AJ12.033271), le juge alors en charge du dossier a octroyé à l'assurée l'assistance judiciaire limitée à l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 24 septembre 2012, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, considérant que les conditions de l'art. 6 al. 2 LAI ne sont pas remplies.

Dans sa réplique du 20 novembre 2012, la recourante allègue que le besoin d'aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie est forcément influencé par ses nouvelles obligations de mère de famille. Ce droit ne peut prendre naissance au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18^{ème} anniversaire (art. 38 RAI), soit en l'occurrence pas avant le 1^{er} septembre 2005, étant née le [...] 1987. La jurisprudence citée par l'intimé (ATF 137 V 424) ne lui est d'aucun secours, puisque l'allocation pour impotent en raison d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'existait pas avant le 31 décembre 2003. Dans la mesure où elle est établie en Suisse depuis le 22 février 2004, il y a lieu d'admettre qu'au moment déterminant soit le 1^{er} septembre 2005, elle comptait vraisemblablement une année entière de cotisations au sens de l'art. 6 al. 2 LAI. La décision attaquée est dès lors erronée et devra être annulée. Le dossier doit dès lors être retourné à l'intimé pour complément d'instruction sur ce point.

Dans sa duplique du 7 janvier 2013, l'intimé indique que la recourante n'a versé de cotisations que dès août 2005 se référant à l'extrait du compte individuel versé au dossier (état au 3 août 2011). En outre, la recourante ne saurait se prévaloir de l'art. 9 al. 3 LAI, applicable dans le domaine de l'impotence aux seuls assurés mineurs par renvoi de l'art. 42bis al. 2 LAI.

Le [...] janvier 2013, la recourante a donné naissance à un deuxième enfant.

Dans ses déterminations du 12 février 2013, la recourante soutient que son besoin d'aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie a forcément été influencé par ses nouvelles obligations de mère de famille, raison pour laquelle la survenance doit être fixée à 2010 (soit une année après les changements induits par la naissance de sa fille le [...] 2009). A ce moment-là, elle comptait une année entière de cotisations.

Le 7 janvier 2014, la recourante dépose un rapport du 21 août 2013 établi par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant suite à la demande d'expertise mise en œuvre par l'intimé le 9 juillet 2013. Il ressort dudit rapport que la recourante présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée, comme celle de couturière, avec une baisse de rendement de 20%, laquelle existe depuis janvier 2009, date de l'apparition d'une obésité.

Dans son rapport d'expertise du 21 août 2013, le Dr W._____ a relevé que les lésions séquellaires dues à la poliomyélite étaient fixées depuis l'année 1994. L'assurée présentait en effet une poliomyélite de type flasque complet, à savoir celle n'entraînant pas de rétractions (diminution de la capacité de mouvements des articulations). Il a en outre exposé ce qui suit (rapport d'expertise, p. 28) :

« L'obésité pathologique (2009 au jour de l'expertise, août 2013)

L'obésité débute dans les suites du premier accouchement, le [...] 2009. L'assurée décrit cette période comme difficile, n'ayant plus d'emploi et son mari connaissant également des difficultés financières, ce qui a entraîné une surconsommation alimentaire. Le poids actuel est de 96 Kilogramme pour une taille de 1,59 Mètre. Il est bien évident, dans ce cadre, que la marche devient alors très problématique en raison de l'important effort physique à fournir. Il ne peut être qu'ardu de tenter une déambulation avec une attelle qui ne bloque que le membre inférieur droit et non pas la hanche, qui nécessite l'utilisation de deux cannes anglaises, avec un important surpoids.

La situation, jusqu'ici équilibrée, est déstabilisée par la prise de poids. On note qu'une aide extérieure devient alors nécessaire pour mettre et enlever l'orthèse ainsi que pour l'habillage et le déshabillage. J'ai donc examiné avec soin, au jour de l'expertise, la dépose et la pose complètes de l'orthèse ainsi que l'habillage et le déshabillage jusqu'aux sous-vêtements.

On remarque que l'obésité tronculaire empêche d'atteindre les sangles velcro de fixation du pied et de la cheville, ainsi que de placer le 5^{ème} orteil dans la coque maintenant le pied. En ce qui concerne les douleurs de la partie basse du tronc, elles relèvent également des suites de la poliomyélite, mais sont clairement exacerbées par l'obésité.

C'est donc l'obésité qui a induit la déstabilisation de l'équilibre initialement acquis. L'assurée avait également remarqué la conjonction temporelle unissant l'obésité à la perte d'une certaine autonomie, ressentie douloureusement au moment de s'occuper de son enfant. Alarmée par son diabète gestationnel, elle a courageusement envisagé une perte de poids, allant jusqu'à évoquer une chirurgie de type by-pass. Cette suggestion ne semblerait pas, selon ses dires, avoir reçu un écho favorable auprès de son médecin traitant ».

La recourante en conclut que la survenance de l'impotence ne doit pas être fixée au 1^{er} septembre 2005, mais en janvier 2010, soit une année après l'aggravation de son état de santé soit le développement d'une importante obésité suite à une première grossesse, obésité ayant induit une déstabilisation de l'équilibre initialement acquis. Les conditions d'assurance étant remplies, la recourante conclut au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et évaluation du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans son écriture du 5 mars 2014, l'intimé admet que le besoin d'aide pour se vêtir existe depuis 2009, époque où la prise de poids a empêché la recourante pour la première fois de poser ou déposer son orthèse sans l'aide d'un tiers en raison d'une obésité laquelle engendre une diminution de rendement en termes de capacité de travail. L'intimé

relève qu'à la suite du questionnaire complété par la recourante le 15 juillet 2011, elle a fait état d'un besoin d'accompagnement depuis 2004. Après la notification du projet de décision du 2 mai 2012, la recourante a indiqué que le besoin était intervenu dans le contexte de l'apparition de l'obésité, soulignant qu'elle avait été parfaitement en mesure de vivre seule de 2005 à 2008. L'intimé est d'avis qu'il y a matière à retenir la jurisprudence relative aux premières déclarations. L'intimé se demande enfin si l'obésité de la recourante a réellement un caractère invalidant, soit si la diminution du dommage par la perte de poids peut être qualifiée ou non d'exigible. L'expert W. _____ met la prise de poids en relation avec une surconsommation alimentaire et ne fait état a priori d'aucun motif qui ferait obstacle à une perte pondérale significative. L'intimé considère qu'il pourrait être judicieux de demander à l'expert de confirmer ce point.

Dans ses déterminations complémentaires du 26 mars 2014, la recourante expose que l'aggravation de 2009 n'est pas seulement à mettre en lien avec l'obésité, mais également avec le port d'une orthèse peu confortable rendant difficile la station assise prolongée, sa première grossesse et ses nouvelles charges familiales. Elle relève que l'expertise W. _____ ne permet pas en soi de pallier aux manques de l'instruction s'agissant du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, raison pour laquelle il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour complément d'instruction. L'obésité a en outre un caractère invalidant et aucune mise en demeure ne lui a été signifiée s'agissant d'une perte de poids. Les causes de l'obésité n'ont enfin pas été éclaircies à satisfaction.

L'intimé ne s'est pas déterminé plus avant.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante, ressortissante [...], à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité suisse, respectivement sur l'examen d'une éventuelle aggravation de l'atteinte à la santé, ainsi que des conditions d'assurance. Il sied de préciser qu'il n'y a donc pas lieu de se prononcer dans la présente procédure de recours sur un éventuel droit à la rente.

3. a) Aux termes de 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 l'art. 42 al. 1, 1^{ère} phrase, LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA; TF 9C_188/2008 du 10 juin 2009) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. Pour pouvoir prétendre à une telle prestation, il convient par conséquent d'être assuré - au sens des art. 1a et 2 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10), en corrélation avec l'art. 1b LAI - et d'avoir son domicile et sa résidence habituelle en Suisse. Si l'assuré est un ressortissant étranger (art. 6 al. 2 LAI), la loi subordonne l'octroi d'une allocation pour impotent à une durée minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (atteinte à la santé) au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse - ou si, lors de la survenance de l'invalidité, leur père ou mère compte, s'il s'agit d'une personne étrangère, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse (let. a) et si eux-mêmes sont nés invalides en Suisse ou, lors de la survenance de l'invalidité, résidaient en Suisse sans interruption depuis une année au moins ou depuis leur naissance (let. b). La condition de la durée minimale d'une année de résidence sans interruption (art. 9 al. 3 let. b LAI) doit être remplie au moment de la survenance de l'évènement assuré ayant provoqué l'impotence.

Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à la santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3, 1^{ère} phrase, LAI). 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 (art. 42 al. 3, 2^{ème} et 3^{ème} phrases, LAI).

b) Le Conseil fédéral a édicté des règles d'exécution aux art. 35 ss RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), notamment au sujet de l'évaluation de l'impotence (art. 37 RAI) et de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (art. 38

RAI). L'impotence peut, selon l'art. 37 RAI, être évaluée comme grave, moyenne ou faible. L'art. 37 RAI a la teneur suivante :

« ¹ 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.

² L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

- a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie;
- b. 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; ou
- c. 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.

³ L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

- a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie;
- b. d'une surveillance personnelle permanente;
- c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré;
- d. 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; ou
- e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.

⁴ Dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé ».

c) S'agissant des actes ordinaires de la vie mentionnés à l'art. 37 RAI, ceux-ci sont notamment définis dans la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI). Ils se répartissent en six domaines (ch. 8010 ss CIIAI, édition valable dès le 1^{er} janvier 2014) :

- 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).

Cette liste correspond, d'après la jurisprudence, à la définition légale des actes élémentaires de la vie quotidienne (cf. notamment ATF 127 V 94 consid. 3c). L'aide est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour. C'est par exemple le cas 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 (RCC 1986 p. 510).

En outre, que l'accomplissement des actes ordinaires de la vie soit plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence (ch. 8013 CIIAI).

d) Aux termes de 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 encore 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 du 31 août 2012

consid. 5.3.1). N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnés à l'al. 1 (art. 38 al. 3 RAI).

Selon le ch. 8040 CIIAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et / ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne adulte assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible, pour autant que les conditions suivantes soient remplies:

- La personne assurée est atteinte dans sa santé. Le droit à l'allocation ne se limite pas aux personnes atteintes dans leur santé psychique ou mentale. Il est tout à fait envisageable que d'autres handicapés puissent également faire valoir un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF I 211/05 du 23 juillet 2007 [ATF 133 V 450] et I 661/05 du 23 juillet 2007; TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008) (ch. 8042 CIIAI).
- La personne assurée n'habite pas dans un home (ch. 8043 CIIAI).
- Il s'agit de l'un des trois cas d'application possibles (ch. 8049 ss CIIAI) (ch. 8044 CIIAI).
- Le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est régulier et durable (ch. 8053 et 8095 ss CIIAI) (ch. 8045 CIIAI).
- L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est accordé aux assurés qui, pour des raisons de santé, ne peuvent vivre de manière autonome qu'avec l'aide d'une tierce personne (TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008). Dans le contexte du droit à une allocation pour impotent, l'aide au ménage ne peut être prise en compte que si la personne assurée ne peut pas organiser elle-même le ménage pour des raisons de santé (ch. 8047.2 CIIAI).

Selon le ch. 8049 CIIAI, il y a besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de la loi dans trois situations énumérées de manière exhaustive, soit lorsque l'assuré ne peut vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'un tiers, lorsqu'il a besoin de cet accompagnement pour accomplir des activités et établir des contacts hors de son domicile, ou lorsqu'il risque sérieusement de s'isoler durablement du monde extérieur. Les ch. 8048 et 8055 CIIAI excluent quant à eux que puisse être prise en compte une même prestation d'aide à la fois au titre des actes ordinaires de la vie et au titre de l'accompagnement, ce que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de confirmer (cf. TF 9C_432/2012 et 9C_441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1). Enfin, le ch. 8053 CIIAI prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne aux moins deux heures par semaine sur une période de trois mois; 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; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références).

4. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2).

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 LPG), 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a ainsi relevé qu'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. En cas de doute sur les troubles physiques, psychiques ou mentaux ou leurs répercussions sur les actes ordinaires de la vie, il est nécessaire de demander des précisions au médecin. 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. 6.2). 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). Enfin, même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante

lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (TF 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137).

5. a) Il résulte de la demande d'allocation pour impotent déposée par la recourante le 18 juillet 2011 qu'elle a besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour se vêtir / se dévêtir, précisant que depuis la réception de son orthèse en septembre 2009, elle avait besoin de l'aide d'un tiers pour l'enlever et mettre / ôter les vêtements qui passent par la jambe; pour se baigner / se doucher depuis 2004, soit pour entrer et sortir de la douche et pour vivre chez elle (tâches domestiques depuis 2004) et pour les rendez-vous et les contacts hors du domicile (déplacements depuis 2004).

b) Il est ainsi question de trois actes ordinaires de la vie pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire, ce qui pourrait théoriquement conduire à l'octroi d'une allocation pour impotence légère, voire moyenne. Il sied toutefois de constater que l'intéressée, née en 1987, de nationalité [...], souffre d'une atteinte à la santé depuis 1992 au niveau du membre inférieur droit, sous forme de séquelles de poliomyélite. Avant son arrivée en Suisse en février 2004, elle a probablement subi deux interventions chirurgicales au [...], à savoir une ténotomie d'allongement du tendon d'Achille et une opération du genou, le Dr D._____ précisant qu'elle avait été équipée d'une orthèse cinq ans avant (rapport médical du 29 septembre 2005 du Dr D._____), élément également retenu par les médecins du service d'orthopédie du Q._____ qui ont constaté en novembre 2004, soit quelques mois après l'arrivée de la recourante en Suisse, que cette dernière avait été équipée d'une orthèse durant trois ans et qu'elle marchait avec deux cannes (rapport du 17 novembre 2004). Ces éléments repris dans deux décisions rendues par l'OAI le 21 juillet 2005 -

rejetant la demande de mesures médicales et de moyen auxiliaire (orthèse), l'assurée ne remplissant pas les conditions d'assurance - n'ont pas été contestés par l'intéressée. Or, c'est précisément en raison de l'impact du port de l'orthèse ou de l'usage de cannes - moyens auxiliaires qu'elle utilisait déjà au [...] - que la recourante sollicite une allocation pour impotent. A cet égard, il convient de préciser que l'adaptation d'une orthèse en 2009 avait pour but de permettre une marche « plantigrade » sans recours constant à des moyens auxiliaires (rapport du 18 octobre 2011 du Dr L. _____). Dans le cadre de l'enquête réalisée en 2012, la recourante a précisé qu'elle portait cette orthèse tous les jours jusqu'au début 2011, puis un jour sur deux (rapport d'enquête du 15 février 2012). L'instabilité de son pied dont elle fait état pour sortir de la baignoire, est une conséquence de la poliomyélite et était déjà présente avant 2004, probablement dès 1992. Enfin s'agissant de l'acte ordinaire de se déplacer, la recourante soutient qu'elle rencontre des difficultés à effectuer de longs trajets ou lorsqu'elle rencontre des obstacles. Outre, le fait que ces difficultés sont inhérentes aux séquelles de poliomyélite, laquelle engendre par définition des limitations motrices, il y a lieu de relever que l'adaptation de l'orthèse en 2009 avait précisément pour but de favoriser une marche « *plantigrade* » permettant ainsi d'avoir les mains libres pour tenir par exemple la main de sa fille. S'agissant du besoin d'aide allégué pour mettre en place l'orthèse, il n'est pas contesté que la recourante bénéficiait déjà d'une telle orthèse lorsqu'elle habitait au [...]. Toutefois, les éléments contenus dans le dossier ne permettent pas de savoir si la recourante avait besoin d'aide pour la pose de l'orthèse avant janvier 2010, la recourante liant l'apparition du besoin précité à une prise de poids importante.

Dans sa demande d'allocation pour impotent, la recourante a également fait état de données relatives à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Elle a ainsi répondu positivement à la question de savoir si elle avait besoin de l'accompagnement en question en raison de ses problèmes de santé et indiqué pour quel type d'activités (avant tout, travaux ménagers) et dans quelles circonstances (déplacements hors du domicile, utilisation du taxi, aide pour les courses)

une aide était requise. Toutefois, même si le dossier de l'assurée contient des éléments susceptibles de jouer un rôle sous l'angle de l'art. 38 al. 1 let. a et b RAI, il convient de rappeler que l'allocation pour impotent fondée sur le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne peut prendre naissance que dès le premier jour du mois qui suit le 18^{ème} anniversaire (art. 38 al. 1 RAI). Or, la recourante soutient qu'à la date du 1^{er} septembre 2005 correspondant à son 18^{ème} anniversaire, elle compterait « *très vraisemblablement* » une année entière de cotisation au sens de l'art. 6 al. 2 LAI. L'extrait du compte individuel indique que des cotisations ont été versées dès août 2005. Par ailleurs, même s'il était admis que les conditions des art. 42 LAI et 37 RAI étaient réalisées, on ne saurait raisonnablement soutenir que l'intéressée n'aurait eu besoin de cette aide, pour la première fois, qu'après son arrivée en Suisse. Les conditions d'assurance ne sont en conséquence pas remplies au regard de l'atteinte relative à la poliomyélite. L'acquisition de la majorité en août 2005, soit plus d'un an après son arrivée en Suisse, ne saurait être assimilé à un nouveau cas d'assurance et de facto à une nouvelle survenance (ATF 137 V 424).

c) Autre est la question de savoir si les conditions d'assurance pourraient être remplies en raison d'une importante prise de poids en 2009, qualifiée d'obésité majeure (BMI [indice de masse corporelle] : 38) par le Dr W._____. L'expert a en effet constaté, à l'issue de l'examen clinique d'août 2013 que ce surpoids compliquait de façon sévère la marche et la position érigée (rapport d'expertise du 21 août 2013). On ne saurait faire grief à la recourante de s'en être prévalué que dans le cadre de la procédure de recours, dans la mesure où ce n'est qu'à l'issue de l'expertise réalisée en 2013 que l'expert a pu démontrer l'impact de cette obésité tronculaire sur l'équilibre initialement acquis, voire sur l'autonomie de la recourante. En dehors de la question des changements intervenus sur le plan familial (naissance de deux enfants en 2009 et 2013), cela pourrait expliquer pourquoi la recourante a été en mesure de vivre de manière autonome à [...] de 2005 à 2008, tout en suivant une formation au F._____. Compte tenu de l'aggravation de l'état de santé de la recourante dès janvier 2009, il sied de retenir que les conditions

d'assurance (art. 6 al. 2 LAI) sont remplies au regard de l'obésité morbide constatée par l'expert.

d) Toutefois, le dossier en l'état ne permet pas de savoir si l'obésité telle que décrite par l'expert a un caractère invalidant et si le besoin d'aide d'un tiers dont fait état la recourante pour trois actes de la vie quotidienne : « *se vêtir* », « *se baigner/se doucher* » et « *se déplacer* », ainsi d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, sont liés à cette prise de poids excessive invalidante, sans qu'aucun effort raisonnablement exigible ne puisse être entrepris pour la réduire. A cet égard, il sied de relever que l'enquête à domicile s'est essentiellement focalisée sur la question des conditions d'assurance en lien avec la poliomyélite. Or, dans sa demande déposée le 18 juillet 2011, la recourante avait notamment fourni des indications sur la question du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (cf. annexe aux ch. 5.2 et 5.3) lesquelles n'ont pas été vérifiées par la collaboratrice de l'intimé ayant procédé à l'enquête à domicile du 14 février 2012.

6. a) En conséquence de ce qui précède, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision entreprise, et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète son instruction, puis rende une nouvelle décision au sens des considérants.

b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'une avocate du Service juridique de Procap, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 7 TFJAS [Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 14 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à J. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique, à Bienne (pour J. _____, à [...]),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :