

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 décembre 2014

---

Présidence de     Mme     DESSAUX  
Juges :            M.     Merz et Mme Berberat  
Greffière :        Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.H.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Guy Longchamp,  
avocat, à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** A.H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en Suisse le [...] 1993, souffre depuis sa naissance d'une « diastématomyélie L1 [réd : première vertèbre lombaire] » et d'une « moelle basse fixée en L4 [réd. : quatrième vertèbre lombaire] ».

Elle a subi une intervention chirurgicale de ce fait à l'âge de quatorze mois, réalisée au sein du Service de chirurgie pédiatrique et neurochirurgie du Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_ et dispose depuis lors d'un suivi médical régulier sur les plans urologique, orthopédique et neurologique.

**B.** Son père et représentant légal, B.H.\_\_\_\_\_, a requis en son nom des prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour mineurs auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par dépôt du formulaire ad hoc le 16 juin 1994.

Après avoir reçu les renseignements utiles de la part des Drs W.\_\_\_\_\_, pédiatre traitant, et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie pédiatrique, l'OAI a considéré avoir affaire à l'infirmité congénitale contenue au chiffre 381 OIC et pris en charge les frais afférents aux mesures médicales en faveur de l'assurée sous l'angle de l'art. 13 LAI à compter du 8 novembre 1993. Il a également procédé au paiement de moyens auxiliaires (chaussures et semelles orthopédiques) dès 1997.

L'assurée a sollicité le remboursement de séances de psychothérapie dès 2007 des suites d'un état dépressif et de troubles du comportement. L'OAI a donné une suite favorable à cette demande sur avis du 16 mars 2009 du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin au sein du Service médical régional AI (ci-après : SMR), lequel a reconnu que l'assurée « connue pour un syndrome de la moelle attachée avec petite taille relative, pertes urinaires diurnes,

hyperlordose et douleurs dorsales » présentait « un état dépressif avec un trouble du comportement lié certainement à sa malformation, mais aggravé par un contexte psychosocial difficile. »

Une mesure d'orientation professionnelle, mise en œuvre par l'OAI selon communication du 14 juillet 2009, n'a pas permis d'envisager une formation initiale, faute de stabilisation de l'état de santé psychique de l'assurée des suites d'une dépendance à l'alcool et autres drogues.

**C.** Par requête formelle du 17 mars 2011, l'assurée a demandé la poursuite de l'examen de ses droits à des prestations AI compte tenu de l'imminence de sa majorité.

Dans ce contexte, l'OAI a sollicité des rapports des différents médecins spécialistes assumant le suivi de l'assurée en vue d'actualiser les données médicales à disposition.

Le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin responsable du Service universitaire psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), a indiqué ce qui suit le

16 mai 2011 :

« [...] Cette assurée présente une affection congénitale somatique (spina bifida). Par ailleurs, elle présente un grave trouble de la personnalité avec des aspects caractériels et antisociaux qui masquent certainement une sévère dépression. A cela s'ajoute une problématique d'addiction à l'alcool et à d'autres substances. [...] Un octroi de rente me paraît la seule issue envisageable. [...] »

Etait annexé un tirage de la demande de mise sous tutelle formulée le 30 mars 2011 par le Service de protection de la jeunesse (SPJ) à l'attention de la justice de paix compétente, décrivant les différents placements décidés en faveur de l'assurée en vue de recadrage ou de formation, ainsi que les hospitalisations à l'Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents (UHPA) et à l'Hôpital de [...] consécutivement à des automutilations avec risque morbide et des alcoolisations massives.

Par pli établi le 24 mai 2011 avec le soutien de Pro Infirmis Vaud, l'assurée a communiqué à l'OAI son inscription à la formation d'employée de commerce dispensée par l'Ecole U.\_\_\_\_\_ à compter d'août 2011, quand bien même l'OAI avait précédemment informé son père de l'impossibilité d'entrer en matière sur une éventuelle participation financière à ce cursus en l'état de l'instruction du dossier.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin associé au sein du Département médico-chirurgical de pédiatrie du Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_, a complété un rapport le 9 juin 2011 pour le compte du Dr Z.\_\_\_\_\_, précisant comme suit les limitations fonctionnelles retenues dans le cas de l'assurée :

« [...] Physiques

Légère limitation à la marche. Troubles mictionnels d'origine neurologique, nécessitant théoriquement des cathétérismes intermittents mais non effectués pour l'heure.

Psychiques

Historique de dépression et de tentamen, suivi par les Drs G.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ dans le cadre du SUPEA [...].

Mentales

Pas d'évidence pour un retard cognitif mais difficultés d'apprentissage vraisemblables vu le parcours scolaire chaotique, sans certification en fin de scolarité.

[...] L'accès aux professions nécessitant une marche prolongée est restreint en raison de l'atteinte à la santé. [...] »

Il a en outre fourni de récents rapports de synthèse de la consultation pluridisciplinaire « spina bifida » organisée au Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_ dans le cas de l'assurée.

Vu l'ensemble des documents médicaux ci-dessus, le SMR a décidé de faire procéder à une expertise psychiatrique de l'assurée à l'issue d'un avis du 20 juin 2011, dont le mandat a été confié au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Une tutelle provisoire de l'assurée au sens de l'art. 386 al. 2 CC, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012, assumée par l'Office du Tuteur général, a été instaurée dès le 28 juin 2011.

En date du 12 janvier 2012, le Dr D.\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI le rapport d'expertise psychiatrique de l'assurée, retenant les diagnostics suivants à l'issue d'un examen clinique approfondi :

- trouble du développement psychologique, sans précision (F89 CIM-10) ;
- syndromes comportementaux multiples, associés à des perturbations physiques (atteintes multiples) (F59 CIM-10).

Il a précisé ce qui suit :

« [...] Malgré son aspect « simple », ce diagnostic inclut la multitude d'expressions pathologiques que nous avons énumérées ci-dessus. Ce diagnostic indique aussi que nous sommes toujours dans un stade d'évolution et non de personnalité adulte (car justement sa personnalité n'est pas encore formée).

En lien avec le diagnostic il peut y avoir encore maintenant des problématiques associées, par exemple fluctuations dépressives, problèmes anxieux ou de comportement. Cependant, nous avons observé que ces derniers sont en recul et qu'une adaptation dans le monde adulte se fait actuellement. L'assurée, apparemment bien soutenue par sa famille, est entrée dans une formation pour laquelle elle semble très motivée. Puisqu'une atteinte psychique (et physique) existe, cette formation mérite d'être soutenue. [...] »

L'expert relevait encore que la problématique de l'assurée était plutôt « celle d'une évolution disharmonieuse, et non d'une quelconque atteinte psychiatrique fixée » (cf. page 11 du rapport d'expertise).

Sur le plan urologique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du Département médico-chirurgical de pédiatrie du Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_ a établi un rapport en date du 22 février 2012, communiqué en copie à l'OAI, faisant état du résultat positif des sondages urinaires effectués par l'assurée elle-même à hauteur de trois à quatre fois par jour et de la poursuite d'un traitement médicamenteux complémentaire.

Dans un rapport du 29 mars 2012, ce même spécialiste a relaté un séjour hospitalier de l'assurée du 12 février 2012 au 20 février 2012, au motif de constipation, ainsi que de douleurs lombaires et abdominales, sans autres complications. Il a précisé qu'il convenait « d'encourager [l'assurée] à boire suffisamment et si nécessaire de vérifier qu'elle le fasse ».

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le SMR a conclu en ces termes son appréciation du 11 avril 2012 de la capacité de l'assurée à acquérir une formation :

« [...] Du point de vue médical, la patiente peut suivre à plein temps les cours de l'école privée de formation d'employée de commerce, à l'exception des absences éventuelles liées à sa spina bifida. Sa capacité de travail dans une formation adaptée est de 100% sous réserve d'hospitalisations en relation avec sa spina bifida. Elle devra éviter tout travail physique, l'obligeant à se baisser ou nécessitant d'être constamment debout et de marcher. Il faut relever, cependant, que se prononcer sur la capacité de travail d'une personne en pleine évolution est très malaisé. »

Un rapport médical subséquent, daté du 24 avril 2012 et consécutif à une nouvelle consultation pluridisciplinaire « spina bifida » au sein du Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_, est parvenu à l'OAI. Il mentionne notamment les observations suivantes :

« [...] Sur le plan neurochirurgical, [l'assurée] avait eu une nouvelle libération de moelle basse fixée en 2011 avec, dans les suites une paraplégie, en grande partie fonctionnelle dont elle a complètement récupéré. L'examen clinique de ce jour est tout à fait rassurant, il n'y a pas de proposition particulière de ce point de vue. Pour ce qui est des aspects urologiques, [l'assurée] se sonde entre 3 à 5x/j. Elle prend aussi un traitement de Ditropan dont elle subi malheureusement des effets secondaires. Elle est aussi sous antibioprophylaxie. Vu la persistance de pertes diurnes, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a proposé une adaptation du traitement de Ditropan [...] et propose de la revoir à sa consultation dans trois mois avec un nouveau bilan urodynamique et uroradiologique cet automne. Sur le plan neuro-orthopédique, la situation est tout à fait stable morphologiquement. Par contre, plaintes récurrentes de lombalgies basses ayant justifié des hospitalisations récentes. Elle bénéficie d'une prise en charge physiothérapeutique hebdomadaire qui devrait être, dans les semaines à venir transférée dans un lieu d'adultes. Présence d'un pied varus adductus à gauche et un

support plantaire est prescrit avec coin pronateur afin de mieux distribuer les pressions plantaires et diminuer la surcharge. [...] »

**D.** Par demande formelle déposée le 30 mai 2012, co-signée par l'Office du Tuteur général le 7 juin 2012, l'assurée a requis une allocation pour impotent de l'Al. Elle a indiqué avoir besoin d'aide depuis la naissance dans l'accomplissement de trois actes ordinaires de la vie, soit pour « se lever/s'asseoir/se coucher », « se laver » et « aller aux toilettes ». S'agissant du premier acte précité, elle a précisé s'endormir au salon et devoir être ramenée dans sa chambre, en sus de réveils fréquents nécessitant la surveillance ou l'intervention paternelle, comme par exemple en cas de chute du lit, de somnambulisme ou de saignement de nez. Elle a par ailleurs souligné l'aide ponctuelle de sa mère pour l'aider à prendre sa douche par suite de fatigue. Quant à l'aide pour aller aux toilettes, elle a rappelé utiliser une sonde impliquant des contrôles médicaux réguliers. Elle a relevé l'assistance de sa mère en cas d'infections et sous forme d'injonctions à se rendre aux toilettes. Elle a répondu affirmativement à la question relative au besoin de soins permanents, exposant prendre de nombreux traitements dont sa mère assume la bonne gestion au quotidien. Eu égard à la surveillance personnelle, elle a observé ne pas être en mesure de vivre seule et avoir besoin de l'écoute, ainsi que du soutien de ses deux parents. Elle a par ailleurs mis en exergue son important besoin de dormir et son utilisation ponctuelle de cannes, en sus du port régulier de semelles orthopédiques et d'une attelle pour la cheville. Enfin, concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, elle a insisté sur le soutien moral de ses parents et l'accompagnement de sa mère, notamment aux rendez-vous médicaux, et précisé que son besoin d'accompagnement n'était pas dicté par des motifs psychiques.

Dans ce contexte, le Dr J.\_\_\_\_\_ a complété un rapport médical à l'attention de l'OAI le 12 juillet 2012, relevant que les indications fournies par l'assurée aux termes de sa requête d'allocation pour impotence ne correspondaient pas à ses constatations, en présence d'un état de santé stationnaire. Il a en outre précisé ce qui suit :

« [...] Cette jeune femme de 19 ans peut se montrer parfaitement indépendante au quotidien, autant sur le plan physique que mental. Les mesures d'aide rapportées dans le cadre du questionnaire me semblent plus être liées au contexte familial particulier. Votre assurée peut présenter une autonomie complète pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Quant aux oublis de médicaments et les aspects de compliance au traitement, il est difficile de juger de leur importance, et d'autre part, ceci s'inscrit dans le contexte de l'âge et du fonctionnement familial autour de cette jeune femme. »

L'assuré a obtenu dans l'intervalle, soit le 22 juin 2012, un certificat de préapprentissage (option commerciale) délivré par l'Ecole U.\_\_\_\_\_.

Dans une note du 30 octobre 2012, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a néanmoins indiqué ne pas pouvoir cautionner le projet de formation initié par l'assurée, considérant qu'elle ne disposait pas des aptitudes nécessaires à l'obtention d'un certificat fédéral de capacité. Cela étant, étant donné que l'OAI aurait pris en charge les frais supplémentaires dus à l'atteinte à la santé dans le cadre d'une formation d'assistante de bureau, soit le versement de deux années d'indemnités journalières, il a suggéré le paiement des montants corrélatifs au sens de l'art. 22 LAI à la condition que l'assurée assume les conséquences de la formation choisie par ses soins.

Le 22 décembre 2012, un nouveau rapport de consultation pluridisciplinaire « spina bifida » a été émis par le Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_, d'où ressort une situation essentiellement stationnaire compte tenu des conclusions suivantes :

« [...] Sur le plan urologique, [l'assurée] se cathétérise de manière régulière. Elle est toujours sous antibioprophylaxie. [...] Sur le plan neuro-orthopédique, [l'assurée] est équipée d'un insert plantaire avec coin pronateur pour son pied creux. Subjectivement, elle rapporte une bonne amélioration au niveau du confort et de la stabilité. [...] Sur le plan neurochirurgical, pas de nouvelle proposition. [...] »

Une enquête destinée à évaluer le degré d'impotence éventuel de l'assurée a été diligentée à son domicile par l'OAI le 13 décembre 2012. Le rapport corrélatif, daté du même jour, fait mention de « séquelles

de dysraphisme spinal sous forme d'une paraparésie asymétrique » et d'une « vessie neurogène », relevant également le port usuel de semelles orthopédiques et une insensibilité du côté gauche.

Sous rubrique « Indications concernant l'impotence », singulièrement quant au besoin d'aide en vue de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, l'enquêtrice de l'OAI a observé qu'une aide indirecte était nécessaire pour quatre actes ordinaires de la vie, à savoir « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes ». Elle a relaté les éléments ci-dessous :

« 4.1.1 Se vêtir

Le soir, la mère de l'assurée prépare les habits pour sa fille en relation avec la météo et des habits propres.

4.1.2 [...]

Se coucher

L'assurée n'arrive pas à se coucher. Elle reste une grande partie de la nuit dans le canapé du living. Tous les soirs, ses parents sont obligés de la motiver pour qu'elle aille dormir dans sa chambre. Assurée très angoissée.

[...]

4.1.4 Faire sa toilette

[...]

Se baigner/se doucher

Les parents expliquent que l'assurée ne va pas seule à la douche, il faut la stimuler et l'accompagner sinon elle n'y va pas. La mère reste auprès d'elle et l'assurée se lave seule.

4.1.5 Aller aux toilettes

[...]

Aller aux toilettes de manière inhabituelle

Vessier neurogène, aide de la mère pour désinfecter et pour mesurer les urines chaque jour.

[...] »

L'enquêtrice de l'OAI a par ailleurs pris en considération le besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, à hauteur de huit heures par semaine pour vivre de manière indépendante et de deux heures par semaine pour favoriser les activités et les contacts extérieurs. Elle a précisé que « les parents organisent le quotidien de l'assurée » et ajouté ce qui suit :

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

[L'assurée] ne participe à rien et n'aide pas sa mère, ni pour les repas, ni pour faire sa chambre ni pour sa lessive. Elle ne sait pas. [...]

4.2.2 Accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile

[L'assurée] est sous tutelle pour tous ses frais et la gestion de son argent. Elle doit être accompagnée pour ses rendez-vous médicaux et pour les achats personnels. »

Le rapport en question mentionne également une aide permanente pour les soins de base, soit les « soins de la vessie neurogène tous les jours », soulignant que « la mère gère la médication car l'assurée n'en est pas capable ». S'agissant en dernier lieu d'une surveillance personnelle, le rapport indique que « l'assurée ne peut rester seule un seul instant à cause des crises d'angoisse qui sont très importantes. Une seule fois les parents l'ont laissée seule, elle a dû être hospitalisée à cause des crises de panique ». L'enquêtrice a enfin précisé que « l'assurée est très angoissée depuis qu'elle a été violée à l'âge de 12 ans par un ami de son frère ».

Par communication du 24 janvier 2013, suite à l'aval de l'assurée et de sa tutrice avec la proposition de versement d'indemnités journalières d'une durée limitée, l'OAI a confirmé la prise en charge de la formation professionnelle initiale pour la période s'étendant du 13 août 2012 au 31 juillet 2014.

L'assurée a fait l'objet d'une hospitalisation au Centre hospitalier T. \_\_\_\_\_ du 23 au 26 janvier 2013, puis d'un transfert à l'Hôpital \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ [...] dès \_\_\_\_\_ le 26 janvier 2013 selon rapport du 11 février 2013, avant d'être incarcérée en détention préventive à cette même date pour une durée minimale de trois mois, ce qui a entraîné la suspension du versement des indemnités journalières.

Sollicité pour avis eu égard à la requête d'allocation pour impotent formulée par l'assurée, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a libellé son appréciation en ces termes le 29 avril 2013 :

« Demande d'allocation pour impotence de la part d'une jeune assurée de 20 ans, présentant des séquelles avant tout urologiques et dans une moindre mesure motrices d'une diastématomyélie, opérée en septembre 2011.

L'assurée n'a pu acquérir de formation professionnelle, elle a débuté divers stages (cuisine, menuiserie), mais n'a pas persévéré. En 2011-2012 l'assurée fréquentait l'Ecole U.\_\_\_\_\_ en 2<sup>ème</sup> année de formation comme employée de commerce. Il y a une notion d'abus de substances, et actuellement l'assurée serait emprisonnée.

Dans la demande API [réd. : allocation pour impotence] est fait mention d'une aide pour se lever, pour manger, pour se laver et pour la toilette. L'enquête mentionne la préparation des habits, l'aide de la mère pour se désinfecter lors des mictions et une surveillance personnelle à cause de crises d'angoisses.

De prime abord ces aides sont difficilement explicables par les atteintes mentionnées. Et le Dr J.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 12.07.2012, est on ne peut plus clair. Cette assurée est capable d'être parfaitement indépendante au quotidien, autant sur le plan physique que mental, et l'aide attestée est à son avis liée au contexte familial particulier.

Tel est également mon avis après avoir examiné les limitations fonctionnelles connues.

Il faut refuser cette allocation, idéalement sans aller dans les détails point par point, en argumentant que les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de retenir des aides mentionnées donnant droit à une allocation pour impotence. »

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> mai 2013, confirmé par décision du

10 juin 2013, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent en faveur de l'assurée, considérant que celle-ci n'était pas tributaire de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie quotidienne de façon régulière et importante, ni d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

**E.** Représentée par son conseil, Me Guy Longchamp, l'assurée a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 11 juillet 2013. Elle a invoqué, comme premier motif, nécessiter l'aide de ses parents depuis sa naissance pour se coucher régulièrement, se laver « notamment en cas de fatigue » et aller aux toilettes, mettant en exergue l'impossibilité d'accomplir seule ces

actes potentiellement chaque jour, ce qui justifiait à son sens l'annulation de la décision querellée. En outre, au titre de second motif, elle a fait valoir son besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, dûment assumé par ses parents, à défaut de quoi elle courait le risque de devoir intégrer une institution. Elle a rappelé à cet égard disposer d'une curatelle générale sans toutefois que l'assistance de ses parents ne s'en trouve diminuée, concluant dès lors principalement à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen ou à tout le moins de degré faible, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a enfin requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.

Par décision du 12 juillet 2013, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire gratuite à l'assurée dès le 11 juillet 2013, soit l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Longchamp.

L'intimé a préavisé le rejet du recours en date du 15 août 2013, réitérant que l'assurée n'était pas impotente au sens de la loi en dépit de la teneur de l'enquête réalisée à son domicile le 13 décembre 2012, à son avis purement descriptive. Rappelant que l'impotence devait être causée par une atteinte à la santé, il a considéré que les éléments médicaux étaient prépondérants pour en juger. En l'espèce, le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2012 faisait clairement état des possibilités d'autonomie de l'assurée, auquel le SMR s'était rallié dans son avis du 29 avril 2013.

La recourante a persisté dans ses précédentes conclusions le 12 décembre 2013 et produit un rapport établi le 12 novembre 2013 par le Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire (SMPP), lequel relate notamment les constats ci-après :

« [...] [L'assurée] est prise en charge de manière régulière, et ponctuellement intensivement, par notre service depuis le début de sa détention.

La patiente présente un trouble de la personnalité et une affection neurologique congénitale qui n'entravent pas son autonomie dans

les actes ordinaires de la vie et dans l'application des soins qui lui sont indiqués. Elle a présenté au début de sa détention, et par périodes, des crises d'angoisse accompagnées d'automutilations à répétition sans complications. En dépit du traitement, l'évolution clinique reste fluctuante et son impulsivité est à fleur de peau à la moindre frustration. Elle fluctue également quant à son adhésion à sa prise en charge psychothérapeutique. Elle accepte les soins qui lui sont proposés et semble tirer des bénéfices de ceux-ci. [...] »

Considérant le caractère contradictoire des observations citées ci-dessus, elle a fait valoir que l'assistance de ses parents avait été remplacée par celle - régulière et importante - du personnel médical et social, tandis qu'elle se trouvait bel et bien entravée pour des raisons de santé dans l'accomplissement d'actes ordinaires de la vie (prendre soin de son corps et faire sa toilette), ainsi que pour assumer sa prise en charge médicale. Elle a estimé en outre que l'avis du SMR du 29 avril 2013 avait pour seul but de prononcer un refus d'allocation pour impotent, sans que n'aient été investigués les troubles psychiques à l'origine de ses empêchements.

Aux termes de sa duplique du 28 janvier 2014, l'OAI a constaté que le SMPP rejoignait l'opinion exprimée par le Dr J. \_\_\_\_\_ quant à la possible autonomie de la recourante, ce qui confirmait à son avis le bien-fondé de la décision litigieuse. Il a derechef conclu au rejet du recours.

La recourante et l'intimé ont maintenu leurs conclusions par correspondances respectives des 24 février 2014 et 12 août 2014.

La cause a dès lors été gardée à juger, tandis que le conseil de l'assurée a produit la liste de ses activités le 27 octobre 2014, laquelle fait état de seize heures de travail, dont l'élaboration de trente-quatre courriers en sus de la rédaction d'un recours et de déterminations, d'entretiens téléphoniques et de l'étude du dossier.

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

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

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître, dans une composition à trois juges, vu que la valeur litigieuse est susceptible de dépasser le montant de 30'000 francs (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 1 let. a a contrario et al. 4 LPA-VD).

**c)** In casu, le recours du 11 juillet 2013 contre la décision de l'OAI du 10 juin 2013 a été interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Sont litigieux le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'AI, singulièrement l'appréciation effectuée par l'OAI sur la base des documents médicaux au détriment de l'enquête effectuée au

domicile de l'assurée le  
13 décembre 2012.

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

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

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

L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

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

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

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

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

L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé :

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

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

**b)** Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

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

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non

conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et RCC 1986 p. 507 ; ch. 8013 CIIAI).

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

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

son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (CIIAI, chiffres 8029 et 8030).

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

**d)** Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C\_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et références citées).

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

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

**4.** Il convient à ce stade d'examiner les pièces à disposition et de déterminer si l'intimé était légitimé à écarter les conclusions de l'enquête à domicile du 13 décembre 2012 au profit des documents médicaux pour se prononcer sur le droit de l'assurée à une allocation pour impotence.

**a)** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

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

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

**c)** Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a 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. Il y a en outre lieu de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, et correspondre aux indications

relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C\_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3).

Ce n'est qu'à titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2264 p. 610).

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

**d)** In casu, force est de constater que le rapport d'enquête à domicile, établi le 13 décembre 2012, ne remplit à l'évidence pas les réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus pour se voir doter d'une quelconque valeur probante.

En effet, ledit rapport est extrêmement succinct et lacunaire, omettant par exemple de décrire les conséquences des limitations fonctionnelles découlant des troubles mictionnels, alors que ces limitations sont supposées fonder certains besoins d'aide allégués.

L'enquêtrice de l'OAI s'est manifestement limitée à reprendre les explications données sur place, telles qu'exposées par l'assurée ou ses parents, sans procéder à aucune vérification objective, notamment par une confrontation des déclarations consignées et des éléments médicaux versés à son dossier.

L'on relèvera d'ailleurs que les prestations d'aide fournies par les parents de l'assurée semblent davantage relever du modèle éducatif particulièrement soutenant choisi par ces derniers que d'un besoin d'aide effectif concrètement et objectivement indiqué du fait de l'état de santé de la recourante (cf. également considérant 5 infra).

L'enquêtrice de l'OAI ne s'est en outre nullement exprimée sur le potentiel affiché par l'assurée à la poursuite d'une formation professionnelle, qui a abouti dans le courant de l'année 2012 à l'obtention d'une certification de préapprentissage - ce en dépit d'absences répétées totalisant environ quatre mois de cours - et qui atteste d'une autonomie certaine en dehors du domicile.

Partant, l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir écarté les observations de son enquêtrice au profit des documents médicaux, étayés et constants, fournis par les spécialistes en charge de longue date du suivi de la recourante.

Compte tenu précisément des détails fournis par ces derniers, point n'est besoin d'envisager une instruction complémentaire du cas de l'assurée, ainsi que le suggère celle-ci à titre de conclusion subsidiaire, le droit litigieux étant susceptible d'être tranché en l'état de son dossier.

**5.** Reste à examiner si les conditions imposées par les dispositions légales et réglementaires relatives à la notion d'impotence, énoncées supra sous considérant 3, sont réunies en l'espèce, au vu des explications fournies par les médecins traitants de l'assurée.

**a)** Aucun des rapports médicaux contemporains ou postérieurs à la demande d'allocation pour impotent du 30 mai 2012 ne mentionne la nécessité de l'assistance d'un tiers, ce tant sur le plan physique que psychique.

Une telle assistance n'est en effet aucunement préconisée dans le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 22 février 2012, lequel souligne clairement que l'assurée procède seule à ses sondages urinaires. Les rapports de la consultation pluridisciplinaire « spina bifida » du Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_ des 24 avril 2012 et 22 décembre 2012 n'indiquent pas davantage un besoin de soins particuliers ou accrus, ni la nécessité d'une quelconque assistance.

Si le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 29 mars 2012 fait état du besoin de boire suffisamment, ainsi que l'éventuelle nécessité de vérifier l'hydratation de l'assurée, ce document est nettement insuffisant pour fonder la reconnaissance d'une impotence in casu. Il ne se rapporte qu'à la fonction partielle d'un seul acte ordinaire de la vie, soit s'alimenter, pour laquelle la recourante n'a du reste pas invoqué de besoin d'assistance (cf. demande d'allocation pour impotent du 30 mai 2012 et rapport d'enquête du 13 décembre 2012).

En outre, plus particulièrement, le Dr J.\_\_\_\_\_, lequel assume un suivi régulier de la recourante depuis 2009, a exclu catégoriquement tout besoin d'assistance en faveur de l'assurée dans son rapport du 12 juillet 2012, ce en parfaite connaissance de la requête formulée par sa patiente auprès de l'OAI. Il a conclu sans équivoque que l'assurée était en mesure d'être autonome physiquement et psychiquement, pour l'accomplissement de l'ensemble des actes de la vie quotidienne.

L'on observera au sujet de l'avis émis par ce praticien, en sa qualité de médecin traitant, que ses observations s'inscrivent dans la durée d'une prise en charge thérapeutique de plusieurs années, donnant tout leur poids à ses propos au détriment de l'appréciation de l'enquêtrice

de l'OAI qui n'a rencontré l'assurée que tout au plus durant quelques heures.

S'agissant du rapport du 11 février 2013 du Département médico-chirurgical de pédiatrie du Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_, relatant l'hospitalisation de l'assurée dans un premier temps pour des douleurs lombaires, dans un second temps pour des motifs psychiques, l'on ne saurait en déduire quelconque élément en lien avec l'examen des conditions d'une impotence. Ce document a trait essentiellement à la santé psychique de l'assurée dans un contexte de crise passagère sous suite de soins médicaux aigus.

L'on ajoutera que le rapport du SMPP du 12 novembre 2013, produit par la recourante à l'appui de son écriture du 12 décembre 2013, rejoint en définitive les observations du Dr J.\_\_\_\_\_. Quoi qu'en dise l'assurée, l'on ne voit pas en quoi ce document, établi par un médecin psychiatre, un médecin généraliste et une psychologue, serait contradictoire, puisque ces derniers ont indiqué sans réserve ni ambiguïté que leur patiente était susceptible d'être parfaitement autonome dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et la gestion de ses propres soins. Cette appréciation émane de praticiens suivant la recourante sur les plans somatique et psychique depuis le début de sa détention, dont la prise en charge a été ponctuellement intensive. Le rapport corrélatif, certes établi postérieurement à la décision litigieuse, a lieu d'être pleinement pris en considération, précisément du fait qu'il relate un suivi thérapeutique bidisciplinaire régulier de près d'une année, ayant débuté plusieurs mois avant la date de ladite décision.

La recourante ne peut toutefois en tirer aucun argument à son avantage dès lors que l'appréciation de son autonomie demeure tout à fait sans équivoque.

Quant au grief d'une sous-estimation de l'atteinte à la santé psychique, il ne saurait être retenu. En effet, l'expert mandaté par l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_, mentionne, en relation avec cette éventuelle problématique,

l'utilité d'un soutien à la formation suivie par la recourante. Il ne fait en revanche pas état d'un quelconque impact d'une atteinte psychique sur l'autonomie de l'assurée dans sa vie quotidienne.

Il découle de ce qui précède que l'assurée ne peut se prévaloir d'une assistance à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ni d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, à l'instar de ce qu'a retenu l'avis du SMR du 29 avril 2013. Le droit à une allocation pour impotence doit donc manifestement être nié.

**b)** Indépendamment des pièces médicales principales, étudiées ci-dessus, même si l'on devait se fonder sur les constats consignés par l'enquêtrice dans le rapport du 13 décembre 2012, l'on ne parviendrait pas à un résultat différent.

**aa)** S'agissant de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, l'aide prise en compte par l'enquêtrice pour « se coucher », « se laver » et « aller aux toilettes » ne peut être qualifiée de régulière et importante au sens entendu par l'art. 37 RAI, dans la mesure où l'assurée est en mesure d'exécuter seule ces actes la plupart du temps.

Eu égard à l'acte « aller aux toilettes », l'on rappellera à toutes fins utiles qu'il y a impotence lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène, se rhabiller ou l'aider pour s'asseoir ou se relever, ou plus particulièrement lorsqu'il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes (par exemple apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner ; cf. TF 9C\_633/2012 du 8 janvier 2013, consid. 4.2.2 in SVR 2013 IV n° 20 ; ch. 8021 CIIAI).

A titre indicatif, le Tribunal fédéral a jugé de récente date qu'une personne handicapée devant procéder à l'extraction manuelle des selles devait être considérée comme autonome et que l'acte consistant à aller aux toilettes pouvait encore, dans son ensemble, être accompli par elle d'une façon ne pouvant être qualifiée de non conforme à la dignité

humaine (TF 9C\_604/2013 du  
6 décembre 2013 consid. 5).

Aussi, alors que l'assurée est en mesure d'accomplir l'acte « aller aux toilettes » de manière autonome en procédant elle-même à ses sondages, l'assistance de sa mère en cas d'infection - au demeurant forcément ponctuelle - ne saurait être suffisante pour considérer une impotence de ce point de vue.

**bb)** Relativement aux soins permanents et à la surveillance personnelle, l'assurée compte sur l'assistance de sa mère pour la préparation et l'administration de sa médication, respectivement sur la présence de ses parents pour éviter des crises d'angoisse. Elle demeure cela étant en mesure de se déplacer seule hors de son domicile pour suivre une formation professionnelle, ce qui exclut à l'évidence la réalisation des notions de surveillance personnelle permanente et de soins permanents.

**cc)** Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'assurée a essentiellement des difficultés à gérer son budget raison pour laquelle une tutelle a été instaurée, ce qui n'a toutefois pas lieu d'être pris en compte au titre d'accompagnement au sens de l'art. 38 RAI et de la jurisprudence développée en lien avec cette disposition.

En l'absence des conditions requises par l'art. 37 RAI, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit de la recourante à une allocation pour impotent par décision du 10 juin 2013. Cette dernière a ainsi lieu d'être en tous points confirmée et le recours rejeté.

**6.** Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être intégralement rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 10 juin 2013.

**a)** La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis

LAI et  
49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**b)** En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGGA).

La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Guy Longchamp à compter du 11 juillet 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le 27 octobre 2014, Me Longchamp a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès, l'avocat précité ayant fait état de trente-quatre courriers, en sus de l'écriture de recours, lesquels ne sauraient ressortir en totalité à la procédure judiciaire.

Dès lors, il convient de réduire le poste correspondant à deux heures en lieu et place des sept facturées. L'activité de Me Longchamp doit en définitive être arrêtée à onze heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 19 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'157 fr. 40 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision, rendue le 10 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Longchamp, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'157 fr. 40 (deux mille cent cinquante-sept francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- V. 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 du conseil d'office mis 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Guy Longchamp, à Lausanne (pour A.H. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :