

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 août 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

A.Q. _____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. a) A.Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], présente les séquelles d'une poliomyélite remontant à la petite enfance. Sur la demande de prestations AI pour mineurs déposée le 24 janvier 1994 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), il a ainsi été fait état de « polio toute la jambe droite, un peu la jambe gauche, les hanches ».

En raison de l'atteinte, l'assurée a bénéficié de moyens auxiliaires (orthèse jambière) et s'est vu reconnaître le droit à une contribution pour impotence moyenne à compter du 30 juin 1993 (date de son adoption). Elle a notamment été opérée en 1991, puis en 1995 (ostéotomie de varisation-dérotation de la hanche gauche, allongement du tendon d'Achille gauche, dérotation du tibia droit). En 1998, elle a subi un traitement chirurgical en raison de la récurrence de la subluxation de la hanche gauche et s'est vu remettre un fauteuil roulant manuel à titre de moyen de traitement. Par décision du 13 juillet 2000, l'OAI a estimé que l'assurée avait encore besoin d'aide pour s'habiller, se laver et les déplacements-contacts sociaux, et a dès lors reconnu le droit à une contribution journalière aux frais de soins pour une impotence légère et non plus moyenne. En outre, l'OAI a pris en charge les frais de physiothérapie du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2003.

Le 14 juillet 2004, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein de l'Hôpital X._____, a confirmé que l'assurée présentait des séquelles de poliomyélite multi-opérées avec des capacités de déplacement fort réduites, le périmètre de marche n'excédant pas quelques dizaines de mètres. Elle présentait par ailleurs des lombalgies et des gonalgies d'effort. Dans ce contexte, l'OAI a poursuivi la prise en charge des coûts de physiothérapie du 1^{er} janvier 2004 au 31 mars 2008.

Par décision du 27 mai 2005, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une allocation pour impotence moyenne du 1^{er} janvier 2004 au 31 janvier 2007 (18 ans révolus), dans la mesure où elle avait besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir quatre actes ordinaires de la vie (l'intéressée étant autonome pour les actes « manger » et « WC »).

A l'issue de sa scolarité obligatoire, et après une année d'orientation professionnelle à l'I._____, l'assurée a débuté un apprentissage d'employée de commerce auprès de la Fondation R._____ au mois d'août 2007. L'OAI a pris en charge les frais supplémentaires de formation professionnelle initiale du 20 août 2007 au 19 août 2010.

Dans le cadre d'une nouvelle enquête relative à l'impotence du 15 octobre 2007, l'enquêtrice a constaté que l'assurée n'avait besoin d'aide de tiers que pour les actes « se baigner/se doucher », et « se déplacer à l'extérieur, entretenir des contacts sociaux ». Depuis deux ans, elle n'avait plus besoin d'aide pour se vêtir ni se lever.

b) Le 23 novembre 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes, en indiquant quant au genre de l'atteinte « poliomyélite : atteinte des jambes et bassin », existant depuis 1989.

Le 13 décembre 2007, le Dr F._____ a posé les diagnostics de séquelles de poliomyélite, d'instabilité parétique de la hanche droite, de subluxation paralytique de la hanche gauche et de status après intervention au niveau des deux hanches en 1991 et 1995. Il a relevé que la patiente présentait des séquelles majeures rendant obligatoire le fauteuil roulant pour les déplacements, n'étant capable de se verticaliser que sur de très faibles distances et dans le cadre du domicile, son handicap étant définitif.

Par décision du 4 juillet 2008, le droit à une allocation pour impotence légère a été reconnu à compter du 1^{er} février 2007.

Le 6 août 2010, des collaborateurs de l'OAI ont relevé ce qui suit :

« Notre assurée a terminé son apprentissage d'employée de commerce et obtenu son CFC à satisfaction. Néanmoins, une question se pose quant à sa capacité de travail future. En effet, Mademoiselle A.Q._____ ne s'estime pas en mesure de pouvoir assumer un emploi à 100 %. Elle l'a constaté durant son apprentissage car elle était extrêmement fatiguée à l'issue d'une journée de travail. Selon elle, son handicap ne lui permet de travailler qu'à 50 %, et ce pour maintenir une qualité de vie suffisamment bonne. D'ailleurs, durant sa formation, son employeur l'a libérée plusieurs fois l'après-midi afin qu'elle puisse se reposer. Nous allons examiner cette question de l'exigibilité en contactant le médecin traitant de l'assurée ainsi que son maître d'apprentissage. Le projet actuel de Mlle A.Q._____ est de partir à [...] en stage linguistique. Toutefois, elle doit encore trouver un endroit qui puisse l'accueillir avec sa chaise roulante. Elle pense y séjourner au maximum six mois. Ensuite, dès son retour, elle essaiera de chercher du travail et attend de notre part une aide au placement. Elle nous tiendra informés du résultat de ses démarches et de la date de son retour en Suisse. »

Lors d'un entretien entre un collaborateur de l'OAI et la responsable des ressources humaines (RH) de la Fondation R._____ le 9 août 2010, cette dernière a expliqué que l'assurée était souvent très fatiguée durant son apprentissage, si bien qu'il lui avait été donné congé les mercredis après-midi. La responsable RH était d'avis que l'assurée avait les compétences pour trouver un emploi d'employée de commerce.

Dans son rapport du 4 novembre 2010, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant depuis 2007, a posé avec effet sur la capacité de travail le diagnostic de poliomyélite, sans se prononcer sur les limitations ni la capacité de travail, en renvoyant pour le surplus aux spécialistes.

Le 17 janvier 2011, l'assurée s'est adressée à l'OAI afin que ce dernier statue sur son droit à la rente, ne se disant pas en mesure de travailler à plus de 50 % au vu de son handicap.

Selon les informations communiquées à l'OAI et comme indiqué à l'assurée le 31 janvier 2011, la dernière consultation de celle-ci auprès de l'Hôpital X._____ remontait à l'année 2007.

L'OAI a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise et a informé l'assurée le 18 février 2011 qu'il désignait à cet effet le Dr C._____, spécialiste en neurologie.

L'assurée a été convoquée le 22 février 2011 pour le 18 mars 2011.

Le 25 février 2011, l'assurée a consulté le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale au H._____, qui a expliqué qu'en raison des douleurs augmentant en intensité ces derniers mois, il avait prescrit de la physiothérapie. Il estimait en outre que l'intéressée était capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 28 mars 2011 faisant suite à l'examen de l'assurée du 18 mars 2011, le Dr C._____ a posé avec effet sur la capacité de travail les diagnostics de séquelles de poliomyélite des membres inférieurs prédominantes à droite, avec multiples status post-opératoires, ainsi que de syndrome de fatigue d'origine musculaire, sans atteinte cognitive. Il a relevé que la patiente signalait spontanément une fatigabilité (plus marquée sur le plan intellectuel que physique) ne lui permettant pas de travailler selon elle à plus de 50 %.

Le Dr C._____ a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas et répondu aux questions comme suit :

« 5. *Appréciation du cas et pronostic*

Mme A.Q._____ présente donc un tableau séquellaire et stationnaire après une poliomyélite dans la petite enfance ayant entraîné une atteinte parétique et amyotrophique, ainsi que déformante de la partie inférieure du corps, où la marche reste possible mais uniquement pour de courtes distances, à l'aide de moyens auxiliaires. Par ailleurs, la patiente décrit un syndrome de fatigue qui ne correspond pas à une atteinte neuropsychologique associée, du fait de la normalité des tests sur ce plan, et qui ne correspond pas non plus à un syndrome de type post-polio, puisque celui-ci est un syndrome différé, beaucoup plus tardif, alors que la fatigabilité exprimée par la patiente est selon elle présente depuis de nombreuses années, ne s'étant aggravée qu'en relation avec des sollicitations plus marquées dans le contexte de ses activités. Nous n'avons ainsi pas d'autre substrat à ce syndrome de fatigue que

l'atteinte motrice périphérique elle-même, chez une patiente qui décrit une certaine difficulté à se mobiliser le matin, et où les activités journalières sont à l'origine d'une demande énergétique accrue sur le plan moteur en général.

Par ailleurs, il nous semble exister un léger état de découragement, sans parler d'état dépressif proprement dit, lié aux difficultés rencontrées par la patiente, notamment dans la recherche d'une place de travail, faisant également suite à certaines difficultés rencontrées au cours de son apprentissage, terminé en 2010.

L'état actuel paraît stationnaire, et non susceptible d'amélioration.

B. Influence sur la capacité de travail

1. *Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés*

au plan physique

au plan psychique et mental

au plan social

La patiente présente une limitation pour tout déplacement nécessitant l'utilisation des MI [membres inférieurs], elle peut se déplacer adéquatement en fauteuil roulant, mais avec une lenteur par rapport aux transferts. En outre, du fait de son incapacité à pouvoir porter de façon adéquate des objets lorsqu'elle se tient debout, elle est également limitée pour la prise et le transport d'objets situés au-dessus de sa hauteur en position assise, ou pour aller chercher des objets situés plus bas, en particulier proches du sol.

Par ailleurs, il n'y a aucune diminution de la capacité cognitive, et le syndrome de fatigue n'a actuellement pas d'autre explication détectable qu'une sollicitation motrice accrue, du fait de la parésie sévère des MI.

2. *Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici*

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Pour une activité où la patiente est purement sédentaire, comme derrière un bureau, sans aucune obligation de prendre ou de déplacer des objets (classeurs, ...), et sans nécessité elle-même de se déplacer pour l'activité professionnelle elle-même, le syndrome de fatigue, qui est comme nous l'avons dit purement moteur, n'intervient pas dans une limitation quelconque d'une activité professionnelle. En revanche, dans une activité du même type où la patiente devrait être sollicitée pour transporter et classer du matériel comme des dossiers, etc. ..., une incapacité de travail de 40 % doit être considérée.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La patiente est capable de vaquer à des occupations d'employée de commerce purement limitées à un travail de bureau, notamment d'ordinateur, à l'exclusion de tout travail physique significatif.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

La patiente n'ayant pas travaillé sur le marché encore actuellement, nous ne pouvons répondre spécifiquement à cette question. Cependant, si les prescriptions mentionnées ci-dessus par rapport à l'absence d'activité physique et de déplacement sont observées, la patiente devrait pouvoir travailler normalement. On peut cependant tenir compte en sus de la difficulté qu'elle éprouve le matin à se

préparer et à se « mettre en route », avec une mise en œuvre motrice plus importante et fatigante qu'un autre sujet, limitant alors la capacité globale de travail de l'ordre de 15 %.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Il n'y a pas de diminution du rendement pour une activité intellectuelle de secrétariat à un bureau, mais si une activité physique, même d'utilisation uniquement des MS [membres supérieurs] est demandée, il y a une diminution importante du rendement de l'ordre de 40 %.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Le tableau est ancien, et la patiente n'ayant pas travaillé jusqu'à présent de façon professionnelle, cette question est non avenue.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. *Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?*

Non, seule l'adaptation de la place de travail et du cahier des charges de la patiente devant être clairement fixés selon les points mentionnés ci-dessus.

2. *Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?*

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Il faut suivre les restrictions mentionnées ci-dessus en n'exigeant pas de la patiente un autre travail que celui d'une activité de bureau, par exemple à l'ordinateur, sans besoin de déplacement ou de transport d'objets, épargnant ainsi sa réserve motrice préétablie par les séquelles de poliomyélite.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Comme nous l'avons dit plus haut, la patiente ne présente pas d'autre limitation que motrice, il n'y a pas d'atteinte cognitive, et la capacité de travail n'a pas de raison d'être modifiée par d'autres facteurs.

3. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?*

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Toute activité sédentaire où la patiente n'a pas d'autre tâche qu'intellectuelle, en évitant tout déplacement, ainsi qu'un transport d'objets dans son cahier des charges.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

L'activité adaptée à l'invalidité peut être effectuée normalement.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Du fait de la difficulté à se préparer le matin et à se « mettre en route », on peut évaluer une diminution globale du rendement moteur sur la journée, même dans une activité adaptée de l'ordre de 15 %. »

L'assurée s'est rendue le 19 mai 2011 au L._____ du H._____, où elle a été examinée par les Drs J._____ et N._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans leur rapport du 31 mai 2011, ces médecins ont noté que l'assurée présentait des douleurs de décompensation au niveau tibio-astragalien avec des signes de conflits surtout antérieurs sur les radiographies. Dans un premier temps, les médecins proposaient le port d'une cheville rigide sur mesure stabilisatrice et reverraient la patiente trois semaines plus tard pour un contrôle radiologique complémentaire au niveau du pied afin d'exclure une fracture de fatigue.

Le 23 juillet 2011, l'assurée s'est adressée au Service de l'emploi (SDE) afin de lui faire savoir que son incapacité de travail depuis le 11 juillet 2011 était passagère, relevant avoir poursuivi ses recherches d'emploi durant le mois de juillet malgré ladite incapacité.

Le 6 juillet 2011, l'OAI a demandé des renseignements médicaux complémentaires au Dr T._____. Le 8 août 2011, les Drs N._____ et S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein du L._____ du H._____, ont indiqué que la capacité de travail de l'assurée demeurait de 50 % dans une activité adaptée, et ce depuis la consultation auprès du Dr T._____ du 25 février 2011. L'examen du pied avait montré un pied creux varus avec aplatissement et début d'arthrose tibio-astragalienne avec également des signes de conflits à ce niveau. Les radiographies du bassin montraient une sévère dysplasie et subluxation des têtes fémorales sans signe d'arthrose.

Le 22 octobre 2011, le Dr D._____, médecin traitant depuis le 11 juillet 2011, a estimé que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité d'employée de commerce, depuis le 1^{er} août 2006, et ce définitivement, compte tenu de gros handicaps locomoteurs pour les

membres inférieurs et le tronc, ainsi que d'un manque d'autonomie locomotrice et de résistance musculaire.

Le 10 janvier 2012, les Drs S._____ et N._____ ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de séquelles de poliomyélite avec parésie séquellaire prédominant au niveau du membre inférieur droit, de pied creux secondaire et de conflit antérieur au niveau de la cheville gauche avec douleurs de décompensation au niveau tibio-astragalien et douleurs de surcharge au niveau du bord latéral du pied gauche depuis début mai 2011. L'incapacité de travail avait été estimée entière du 19 mai au 8 septembre 2011, puis de 50 % depuis le 1^{er} octobre 2011, dans une activité adaptée.

Le 9 mai 2012, le Dr D._____ a indiqué que depuis douze mois, sa patiente ne pouvait se déplacer qu'en fauteuil roulant y compris à l'intérieur du domicile, ne pouvant franchir que 3 à 4 mètres avec une canne. Elle signalait en outre une augmentation du temps pour assurer les gestes du quotidien. En raison de lâchages du pied et du genou, elle avait dû s'équiper d'une orthèse de stabilisation supplémentaire depuis un an, et avait également dû augmenter son temps de récupération par au minimum dix heures de sommeil par nuit en raison de la fatigabilité musculaire, ce qui justifiait selon le Dr D._____ de réévaluer le montant de l'allocation pour impotent.

Le 11 juin 2012, l'assurée a complété le questionnaire pour la révision de l'allocation pour impotent, en faisant état d'un besoin d'aide pour les actes se vêtir/dévêtir et se lever/s'asseoir/se coucher depuis la naissance, de même que pour se baigner/doucher, aller aux toilettes de manière inhabituelle, se déplacer et entretenir des contacts sociaux.

Par projet de décision du 26 juillet 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente d'invalidité, en retenant, sur la base de l'expertise du Dr C._____, une capacité de travail de 85 % dans l'exercice de l'activité adaptée d'employée de

commerce, correspondant à un degré d'invalidité de 15 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

L'assurée, alors représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès d'Inclusion handicap, a déposé des observations sur le projet de décision le 19 septembre 2012, en se prévalant d'un rapport du 19 juillet 2012 du B._____ à [...], expliquant avoir été examinée durant trois heures par le Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, puis une heure par une physiothérapeute et une heure par une ergothérapeute. Elle a sollicité que le Dr M._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) pose au Dr V._____ toutes les questions utiles, estimant le Dr V._____ le mieux à même de se prononcer sur les conséquences de la poliomyélite sur la capacité de travail. Selon le rapport du Dr V._____ du 19 juillet 2012, la capacité de travail de 85 % retenue par le Dr C._____ était totalement irréaliste, la position assise pouvant au mieux, compte tenu des atteintes, être tenue deux heures. Même une capacité de travail de 50 % impliquait que la patiente était à ses limites, le Dr V._____ estimant dès lors une capacité de travail de 40 %, à raison de quatre après-midi dans la semaine, réaliste. Le Dr V._____ a en particulier relevé ce qui suit :

« Anlässlich der ambulanten Standortkontrolle vom 12.07.2012 präsentierte sich Frau A.Q._____ in einem ordentlichen Allgemein- und Rehabilitationszustand. Es besteht infolge einer Poliomyelitis im Babyalter eine rechtsbetonte inkomplette Paraplegie mit s-förmiger Skoliose. Die Gehleistung hat im Verlauf der letzten 10 Jahre deutlich abgenommen. Es sind eine schmerzhaft OSG-Arthrose [Arthrose des oberen Sprunggelenks] links und zunehmende Beschwerden in den Extremitäten, im Rücken und im Nacken-/Schulterbereich im Tagesverlauf hinzugetreten. Die Sitzdauer ist bei zunehmenden Schmerzen im Rahmen der Rumpfinstabilität und der Skoliose auf maximal zwei Stunden beschränkt. Es wird anschliessend ein Positionswechsel benötigt. Aufgrund dieser Situation ist eine 75%ige Arbeitsfähigkeit total unrealistisch. Auch die Tatsache, dass die Patientin während der Ausbildung drei Jahre lang ein höheres Pensum absolvierte, kann hier zur Begründung nicht angeführt werden. Es ist häufig zu beobachten, dass die Patienten für eine begrenzte Zeitdauer den deutlich erhöhten Kraft- und Energieaufwand betreiben müssen, da sonst die Ausbildung gar nicht angetreten beziehungsweise abgeschlossen werden kann. Bereits in der Ausbildungsphase kam es bei Frau A.Q._____ zu einem Res-sourcenproblem. Die Patientin verbrachte jeweils lange Zeit im Bett, sie ging teilweise schon nachmittags zur Rekreation ins Bett. Auch mit dem jetzigen 50%igen Pensum ist die Patientin an

ihrer Leistungsgrenze. Ich sehe daher eine 40%ige Arbeitsfähigkeit an vier Nachmittagen in der Woche als realistisch an. Dies gibt der Patientin die Möglichkeit, sich an einem Nachmittag zu erholen. Insbesondere im Hinblick auf die bereits bestehenden Probleme mit Skoliose, Arthrose, eingeschränkter Sitzdauer, nachvollziehbaren Verspannungen lumbal und den zu erwartenden Langzeitfolgen mit Progredienz der arthrotischen Veränderungen und der Skoliose sowie dem eines Postpoliosyndroms bei Überbeanspruchung und der Tatsache, dass die Patientin bereits seit dem 12. Lebensjahr wieder Rückschritte in der körperlichen Performance zeigt und nun bereits über 20 Jahre mit den Folgen der Poliomyelitis kämpft, ist dieses Pensum zumindest mittelfristig vernünftig. Im weiteren Verlauf könnte es durchaus bei Auftreten weiterer Probleme zu weiteren Reduktionen kommen. Mit der Versorgung der abstützenden, das Sprunggelenk entlastenden, Orthese links hat sich die Gehgeschwindigkeit reduziert und das Gleichgewicht beim Gehen verschlechtert.

Aus therapeutischer Sicht wäre die Anpassung eines entsprechenden Rückens, eventuell einer Rückenschale für den Rollstuhl beziehungsweise des Autos und den Bürostuhl zu evaluieren. Zudem ist bei weitgehend korrigierbarer Skoliose eine entsprechende physiotherapeutische Therapie mit Instruktion von Antiskolioselagerungen indiziert. Zudem könnte eine bessere Rückenhaltung und Schmerzreduktion mit einem Kubco-Korsett (pneumatisch) erreicht werden. Gegebenenfalls wäre auch eine Elektrostimulation der Rumpfmuskulatur zur Reduktion der Skolioseprogredienz zu erwägen. Die aktuelle Schienenversorgung erscheint mir adäquat. Bei Bedarf kann diese Situation jedoch nochmals gesondert evaluiert werden. Ein Badelift für die Badewanne wäre sinnvoll.

Zudem wäre eine neuro-urologische Abklärung der Blasensituation indiziert. Gegebenenfalls kann eine Verbesserung der Drang-/Inkontinenzsymptomatik erreicht werden. In jedem Fall ist eine solche Abklärung zur Nierenprotektion sinnvoll.

Wir werden die Patientin für die urologische Abklärung, Röntgenkontrolle der Skoliose und Sitzabklärung in der Ergotherapie wieder aufbieten. »

Une enquête relative à l'allocation pour impotent a été mise en œuvre le 28 septembre 2012 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a fait les remarques suivantes :

« L'entretien s'est déroulé en présence de l'assurée et de Monsieur B.Q._____, son père.

L'assurée est contente d'avoir trouvé un emploi à 50 %. Elle rencontre des difficultés pour accéder à son poste de travail car les lieux sont exigus. L'assurée a besoin de temps le matin pour se préparer et les trajets sont fatigants car elle doit plier sa chaise, faire les transferts, etc. L'assurée mentionne qu'elle ne pourrait pas travailler à un taux plus élevé car elle serait trop fatiguée et sa santé s'en ressentirait.

Monsieur B.Q._____ partage son impression sur l'expertise effectuée par le Professeur C._____. Il se dit étonné du résultat car l'atteinte a une évolution défavorable et que sa fille veut faire le

maximum pour être le plus autonome possible et avoir une vie « normale » en ayant un emploi mais sans que cela soit trop pour elle et que cela crée des conséquences négatives sur sa santé (trop de fatigue).

L'assurée exprime, les larmes aux yeux, qu'elle ne s'est pas sentie écoutée et que cet entretien a été très éprouvant pour elle.

Comme lors de l'enquête précédente, l'acte de se déplacer a été retenu.

L'acte de se laver a été retenu dans le questionnaire API [allocation pour impotent] et lors de l'enquête précédente du 20.06.2007. Celui-ci n'a pas été retenu car l'assurée explique qu'elle effectue seule les transferts dans la baignoire en s'asseyant sur un tabouret, puis dans la baignoire, elle se lave et s'essuie seule. Elle mentionne de l'aide pour préparer les linges car la salle de bains est exiguë et une surveillance « auditive » selon ses propres termes car l'assurée craint de chuter et préfère se doucher lorsqu'une personne est présente dans la maison.

Dans le questionnaire de PP. _____ du 22.10.1999, il est mentionné que l'assurée peut se laver seule si les conditions sont réunies (tabouret pour le transfert, linge à proximité, pommeau de douche baissé, etc.).

La surveillance a été retenue dans le questionnaire API mais l'assurée peut rester plusieurs heures seule, sans se mettre en danger. Acte non retenu.

Mademoiselle A.Q. _____ ne peut pas faire l'entretien de son intérieur ainsi que divers rangements en raison de ses limitations, nous vous laissons le soin de trancher si cela peut être retenu pour le maintien d'une API faible.

L'acte de se lever a été retenu dans le questionnaire API. Il semble que les chutes ne soient pas régulières et importantes au sens de nos directives mais elles sont très pénibles pour cette assurée qui dépend de l'aide d'autrui pour pouvoir être installée dans son fauteuil roulant. Nous vous laissons le soin de trancher cette question.

Il semble, en effet, qu'un acte a été retenu (déplacement) ce qui est contradictoire avec la péjoration de la santé de l'assurée qui a effectivement plus de limitations au niveau de la marche, une deuxième orthèse a été nécessaire et une fatigabilité qui est mentionnée dans les rapports médicaux.

N'ayant pas d'autres informations, il semble que l'avis d'un juriste serait nécessaire pour prendre une décision. L'enquêtrice reste à disposition pour toute information supplémentaire. »

Le 16 octobre 2012, le conseil de l'assurée a produit une attestation de la Fondation R. _____ du 28 février 2011 selon laquelle il lui avait été accordé, durant son apprentissage qui avait duré trois ans, deux après-midi de congé en 1^{ère} année, puis une demi-journée en 2^{ème} et 3^{ème} années pour se reposer.

Après avoir pris connaissance des nouvelles pièces médicales produites, le Dr Z. _____ du SMR a estimé le 23 octobre 2012 qu'une

nouvelle expertise devait être mise en œuvre auprès du Dr C._____, qui avait donné son accord.

Le 9 novembre 2012, l'assurée a été informée, par son conseil, que le Dr C._____ avait été mandaté pour l'examiner. Le 21 novembre 2012 toutefois, elle s'est étonnée de cette désignation. Le 4 décembre 2012, elle a contesté cette désignation, dans la mesure où les conclusions du Dr C._____ étaient contredites par celles d'un autre médecin spécialiste, estimant une surexpertise nécessaire.

Par décision incidente du 29 janvier 2013, l'OAI a maintenu la désignation du Dr C._____ en qualité d'expert.

Le 19 mars 2013, l'OAI a maintenu le droit à l'allocation pour impotent de degré faible sans modification.

Par arrêt du 17 décembre 2013 (cause AI 68/13 - 311/2013), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée contre la décision incidente du 29 janvier 2013, en retenant en substance qu'elle n'avait fait état d'aucune circonstance objective propre à démontrer une prévention de l'expert à son encontre.

L'assurée a été convoquée le 29 avril 2014, à 8 h 30 pour l'examen neurologique, suivi à 10 h par l'examen neuropsychologique, puis à 13 h 30 par un bilan ergothérapeutique et physiothérapeutique.

A la requête de l'assurée, et avec l'accord de l'OAI et de l'expert, elle a été accompagnée par BB._____, assistante sociale auprès de PP._____, durant l'expertise.

Dans son rapport du 3 juin 2014, le Dr C._____ a posé l'anamnèse de l'assurée, en mentionnant notamment le rapport du Dr V._____ du 19 juillet 2012. Il a ensuite relevé les plaintes et données subjectives de l'intéressée. Dans ce cadre, l'assurée a notamment expliqué ce qui suit :

« A la question concernant une éventuelle modification de ses handicaps, la patiente estime qu'il n'y a "pas de grand changement", ses déplacements en fauteuil roulant n'étant pas modifiés, mais elle rapporte néanmoins que ses douleurs du pied G [gauche], accentuées de façon intercurrente, rendent plus difficile qu'il y a 3 ans les courts déplacements qu'elle fait en position debout. Elle fait toujours quelques pas pour se mobiliser, marche pour mettre sa chaise roulante dans la voiture (dans le coffre), qu'elle conduit elle-même sans problème. Elle nous rapporte avoir fait une chute il y a environ un an, avec une "entorse" au niveau du pied gauche, qui l'a empêchée de marcher complètement durant 3 semaines, avec persistance de certaines douleurs. »

Les conclusions de l'examen neuropsychologique ont été rédigées comme suit :

« En conclusion, l'examen effectué chez cette patiente de 25 ans, collaborante et adéquate durant l'examen, non ralentie et cliniquement fatigable, met en évidence :

- un trouble de l'attention avec un rendement réduit en situation d'attention soutenue et sélective, un temps de réaction allongé, un déficit d'attention divisée avec des fluctuations de performances ;
- une diminution modérée de la flexibilité mentale et de l'inhibition.

Le reste des fonctions cognitives testées (langage oral et écrit, mémoire immédiate verbale et visuo-spatiale, mémoire épisodique antérograde verbale et visuo-spatiale, attention simple) est dans la norme compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif de la patiente, exception faite d'une performance limite à l'évocation différée d'un matériel visuellement mémorisé. Le score à l'échelle de fatigue est par ailleurs non significatif.

Nous notons donc une stabilité hormis des difficultés attentionnelles (performances limites en situation d'attention soutenue et sélective à l'époque) et quelques difficultés affectant la sphère exécutive. »

Les considérations finales de l'examen physiothérapeutique ont été rédigées en ces termes :

« Malgré son handicap, la patiente est totalement autonome dans les transferts et les déplacements. Cependant son autonomie dépend de la parésie, des douleurs et de la complexité des activités à effectuer durant la journée. »

L'examen ergothérapeutique a conduit aux conclusions suivantes

:

« En conclusion, les déficits fonctionnels suivants ressortent :

- Difficultés à atteindre les zones hautes en position debout (en lien avec un équilibre statique diminué, un déficit de mise en charge à G et une baisse de l'endurance).
- Difficultés à réaliser une activité prolongée en zone haute en position assise (en raison : des douleurs cervicales, de la région des épaules et de l'hémi-tronc G en zone lombaire, du manque d'endurance et de l'équilibre instable au niveau du tronc empêchant une bonne posture en antéversion du bassin avec un bon redressement axial).
- Diminution de la force au niveau du MSD [membre supérieur droit] (en lien avec des douleurs dans la région des extenseurs du poignet lors de sollicitation prolongée du MSD).
- Diminution de la mise en charge du MIG [membre inférieur gauche] en position debout (douleurs cheville G et fatigabilité importante) avec une utilisation de plus en plus fréquente du FR [fauteuil roulant], même pour les déplacements intérieurs. La canne tripode n'est utilisée que pour de très courts trajets ponctuels (lors du transfert voiture et pour aller dans sa salle de bain).
- Incapacité à réaliser des activités en position debout (difficultés à partir d'une minute) et nécessité de prendre un appui pour pallier à son équilibre instable.
- Nécessité de changement de position (pause de 5-10 min. en décubitus dorsal) au cours de l'évaluation en lien avec des tensions ressenties au niveau lombaire.

Au niveau des AVQ [activités de la vie quotidienne], des mises en situations ont été réalisées à la clinique. Il pourrait bien entendu être pertinent d'examiner la patiente à son domicile pour évaluer les adaptations potentielles à proposer.

L'habillement ne pose pas de problèmes particuliers mis à part un recrutement d'énergie augmenté notamment du fait d'un équilibre du tronc diminué en position assise.

D'après Mme A.Q. _____ le temps de préparation le matin englobe également le fait de préparer ses affaires, faire sa toilette et s'habiller, prendre le lift d'escalier, préparer son déjeuner, réaliser le transfert voiture et mettre son FR dans son véhicule.

Lors des transferts, une sollicitation importante des MS [membres supérieurs] est nécessaire, notamment pour entrer et sortir de la baignoire. Aucune adaptation n'étant installée à domicile, Mme A.Q. _____ a été mise au courant des possibilités éventuelles d'aménagement de l'environnement qui pourraient faciliter son quotidien. Elle a également été informée de la possibilité d'intervention d'un ergothérapeute ambulatoire pour des conseils d'adaptation de l'environnement. Mme A.Q. _____ en a pris bonne note et pense attendre de déménager pour recourir à des adaptations du domicile. »

Pour le surplus, le Dr C. _____ a relevé ce qui suit :

« 4. *Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)*

4.1 *Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : Depuis quand sont-ils présents ?*

Séquelles de poliomyélite des MI prédominant à droite, avec multiples status post-opératoires, ainsi qu'un syndrome de fatigue d'origine musculaire, sans atteinte cognitive hormis quelques difficultés attentionnelles-exécutives.

5. *Appréciation du cas et pronostic*

D'une façon objective, il n'existe pas de modification significative sur le plan neuromusculaire par rapport à notre évaluation de 2011. Il n'y a pas non plus de modification cognitive, tout au plus peut-on observer quelques troubles attentionnels (à un moindre degré exécutif) qui contribuent à la fatigabilité, en plus de la composante musculaire prédominante. S'il existe une fatigabilité musculaire à l'effort aux membres inférieurs, relevons cependant l'absence d'anomalie à un questionnaire général de fatigue.

A noter par ailleurs l'absence de signe évoquant la survenue d'un syndrome post-polio à ce stade.

Au plan subjectif, il existe une péjoration modérée due à des douleurs du pied gauche faisant suite à une entorse il y a une année, et à des douleurs du coude droit, en relation avec une probable épicondylite de surcharge, récidivante, cependant, peu manifeste lors de l'examen du jour. Par ailleurs, les plaintes de la patiente sont globalement superposables, insistant avant tout sur la longueur de sa préparation matinale avant de pouvoir sortir faire ses activités, avec également la fatigabilité survenant en cours de journée, qu'elle attribue à un besoin accru "de mettre de l'énergie" dans ses actes par rapport à une personne non handicapée.

Les bilans physiothérapique et ergothérapique montrent une patiente qui reste totalement autonome pour ses transferts et ses déplacements, ainsi que ses activités usuelles, sans que l'habillage pose un problème particulier hormis la gestion de l'équilibre du tronc en position assise. Il existe des difficultés fonctionnelles, hormis la marche, pour atteindre les zones hautes en position debout, à réaliser une activité prolongée en zone haute lorsqu'elle est assise avec parfois une limitation liée à la douleur du coude droit et la douleur du pied gauche. Comme auparavant, il y a une incapacité à réaliser des activités en position debout avec nécessité de fréquents changements de position, au niveau de la statique assise, bien que nous ayons pu observer des possibilités de maintien inaltéré sans changement postural pendant plus d'une heure.

Sur la base de l'évaluation physiothérapique et ergothérapique, nous ne pouvons confirmer la nécessité d'utiliser 2 heures à 2 heures et demie pour la préparation matinale dans le cadre d'un environnement adapté. A ce sujet, l'interrogatoire révèle que celui-ci n'est précisément pas bien adapté au domicile des parents, où la patiente habite encore actuellement (voir rapport d'ergothérapie détaillé). La patiente englobe par ailleurs dans son estimation de 2 heures ou 2 heures et demie de temps de préparation le fait de préparer ses affaires, faire sa toilette et s'habiller, prendre le lift ou l'escalier, préparer son déjeuner, réaliser le transfert voiture et mettre son fauteuil roulant dans le véhicule. Au vu de notre observation ainsi que des dires de la patiente, une adaptation environnementale à domicile permettrait très vraisemblablement une amélioration de son confort et du temps actuellement passé à ses activités de "préparation".

Par rapport à notre évaluation de 2011, où nous avons évalué que le handicap était à même de limiter la capacité globale de travail de l'ordre de 15 %, par rapport aux difficultés de préparation matinale

relevées ci-dessus, on pourrait en fait admettre que dans un environnement adapté, le chiffre devrait être revu à la baisse, à 10 % dans l'état physique actuel de la patiente. En revanche, on doit à notre sens admettre que la présence de douleurs du pied gauche et du coude droit, bien que fluctuantes, associées à des troubles attentionnels, bien que sans atteinte cognitive lors du bilan neuropsychologique, constituent un handicap supplémentaire à même d'affecter la capacité de travail de l'ordre de 10 %. Il s'agit évidemment là d'une capacité de travail dans une activité entièrement adaptée reprenant les critères mentionnés dans notre expertise de 2011, à savoir l'absence de port de charge, absence de nécessité de déplacement significatif, avec un travail "de bureau" où la patiente puisse changer de position de temps en temps.

En ce qui concerne la fatigabilité, l'absence d'activité motrice significative durant les activités professionnelles potentiellement effectuables ne fait pas intervenir de limitation spécifique à ce stade, si ce n'est par le biais des troubles attentionnels que l'on a déjà fait intervenir ci-dessus. En revanche, il faut relever qu'au plan pronostique, la patiente pourrait développer par la suite un syndrome post-polio, avec accentuation de la fatigue, mais cette fois-ci au niveau neuromusculaire, avec baisse de ses capacités professionnelles. Bien que ceci ne soit pas une éventualité certaine, un bilan neurologique régulier paraît nécessaire pour suivre la situation et pouvoir dépister un syndrome post-polio débutant.

En résumé, sur la base des éléments ci-dessus, on peut considérer actuellement une diminution de la capacité de travail dans une activité purement adaptée (sédentaire, sans aucun port de charge, sans nécessité de déplacement significatif) à 20 % actuellement.

L'activité de formation actuellement en cours semble convenir à la patiente, et si celle-ci tient compte des restrictions adaptatives susmentionnées, nous ne voyons pas de raison médicale pour qu'elle soit limitée au taux actuel de 50 %.

Rappelons à ce sujet que dans le certificat du 28 février 2011 de la Fondation R. _____, la direction avait attesté que la patiente avait fait un apprentissage d'une durée de 3 ans dans le service administratif à un taux d'activité de 100 % et que si la patiente s'était vue accorder 2 après-midi de congé en première année, il n'y a eu besoin de lui accorder qu'une demi-journée en 2ème et en 3ème années, correspondant à une limitation effective de 10 % d'activité. Avec l'évolution actuelle, globalement stable hormis les quelques points que nous avons relevés ci-dessus, il nous semble donc justifié d'envisager une activité à temps partiel, mais où l'incapacité de travail dans une activité adaptée ne dépasse pas 20 % actuellement.

B. Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

au plan physique

au plan psychique et mental

au plan social

Les limitations physiques incluent les séquelles de poliomyélite limitant le déplacement, le port de charge. Il existe également une fatigabilité, associée à la composante neuromusculaire ainsi qu'à des troubles attentionnels, sans atteinte cognitive.

2. *Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici*

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

La patiente présente une incapacité totale concernant toute activité nécessitant des déplacements significatifs et des ports de charge pour une activité adaptée, comme celle qu'elle a réalisée durant son apprentissage, la limitation actuelle est d'au maximum 20 % (temps prolongé lors d'une préparation matinale, fatigabilité et douleurs).

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Dans une activité adaptée sans déplacement significatif ou port de charge, par exemple de façon sédentaire à un bureau, avec possibilité de changer de position de temps en temps, la capacité résiduelle est de 80 %.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

La patiente n'ayant pas réellement exercé d'activité professionnelle prolongée, nous ne pouvons répondre par rapport à une activité inférieure [recte : antérieure]. Une activité moyenne de 6 à 7h par jour paraît adéquate dans le cadre des critères mentionnés ci-dessus.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Pas spécifiquement si les conditions ci-dessus sont respectées.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Depuis 2012-2013, en relation avec l'apparition des douleurs au pied gauche et du coude droit, sans qu'une date précise puisse être donnée.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Stable.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. *Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?*

Non, si les mesures d'adaptation de la place professionnelle sont suivies comme mentionné ci-dessus.

2. *Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?*

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

La patiente n'ayant pas spécifiquement de poste de travail, nous ne pouvons répondre à cette question, mais il paraît important d'envisager des mesures d'adaptation au domicile de la patiente, comme le souligne notre rapport d'ergothérapie.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Facilitation du confort général et diminution de la fatigue suggestive.

3. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?*

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Voir ci-dessus.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Voir point 2.3.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Pas spécifiquement si les conditions mentionnées ci-dessus sont réalisées. »

Par préavis du 25 août 2014 annulant et remplaçant celui du 26 juillet 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à la rente.

L'assurée a été examinée le 17 octobre 2014 par le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, à [...]. Dans son rapport au Dr D._____, du 3 novembre 2014, le Dr G._____ a notamment relevé ne pas conclure à une capacité de travail de 80 %, mais de 40 %, comme déjà relevé par le Dr V._____, à raison de quatre après-midi par semaine, l'instabilité et une scoliose progressive étant mentionnées.

Le 10 novembre 2014, Me Agier, se référant au rapport précité du Dr G._____, a sollicité une observation professionnelle de l'assurée durant quatre semaines à [...].

Le 21 janvier 2015, le Dr G._____ s'est à nouveau adressé au Dr D._____, à la suite d'un contrôle de l'assurée du 30 décembre 2014. Le Dr G._____ a estimé qu'il n'y avait pas de possibilité d'amélioration de la situation par l'adaptation des moyens auxiliaires. La capacité de travail était estimée à 50 % au maximum, et non pas à 80 % comme retenu par le Dr C._____. Le Dr G._____ sollicitait dès lors à nouveau que la patiente soit évaluée sur une plus longue période, et ce impérativement dans un centre bénéficiant d'une expérience des patients paraplégiques. Etait joint un rapport du 7 janvier 2015 des Drs P._____ et W._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel la capacité de travail de l'assurée était de 50 % actuellement.

Le [...] 2015, le père de l'assurée a informé l'OAI que la maison familiale avait été entièrement détruite [...].

Le 30 janvier 2015, le Dr D._____ a écrit à l'OAI que l'état de sa patiente ne permettait pas de retenir une capacité de travail de 80 %. Les capacités locomotrices de la patiente s'étaient réduites ces huit derniers mois avec une baisse des capacités gestiques des membres supérieurs et du tronc dans le fauteuil roulant en raison d'une aggravation d'une importante déformation scoliotique du rachis et de la perte quasi complète de marche avec des cannes grevant les capacités de déplacements. La patiente avait dû « en raison de cet alourdissement de handicap » quitter le domicile parental devenu inaccessible en fauteuil roulant pour trouver un espace de vie mieux adapté à [...].

Le 19 mars 2015, la Dresse RR._____ du SMR a relevé ce qui suit :

« L'assurée consulte à nouveau le B._____ à [...]. Nous disposons des rapports des Drs G._____, paraplégiologue (RM [rapports médicaux] 03.11.2014 et 21.01.2015) et du Dr W._____, orthopédiste. La situation est décrite comme stationnaire, une imagerie du 30.12.2014 décrit la scoliose connue comme inchangée depuis 2012 ; les examens fonctionnels du 17.10.2014 sont superposables à ceux de juillet 2012. Dans l'ensemble, il n'y a pas d'éléments médicaux nouveaux, il s'agit d'une appréciation différente d'un même état de fait. Nous n'avons pas d'arguments justifiant de modifier notre position donnée dans l'avis du 19.06.2014. »

Par décision du 31 mars 2015, l'OAI a refusé le droit à la rente, en se référant à l'expertise du Dr C._____, selon laquelle l'assurée présentait une capacité de travail de 80 % dans son activité d'employée de commerce, adaptée aux limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité, égal à la diminution de la capacité de travail, de 20 %, n'ouvrant pas le droit à la rente.

B. Par acte du 4 mai 2015, A.Q._____, représentée par Me Agier, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi

de la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une observation auprès du B._____ puis rende une nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir qu'au vu des contradictions entre les rapports du Dr C._____ et ceux du Dr V._____, l'OAI aurait dû mettre en œuvre une observation auprès du B._____ pour les dissiper, se référant aux rapports des 3 novembre 2014 et 21 janvier 2015 du Dr V._____ [recte : Dr G._____] qui a préconisé une observation de quatre semaines, estimant ce centre comme étant l'un des derniers en Suisse à avoir encore des compétences en matière de mesure de la capacité de travail à moyen et long terme pour les victimes de la poliomyélite.

Par décision du 6 mai 2015, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 4 mai 2015.

Par réponse du 11 juin 2015, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 18 juillet 2016, la recourante a produit un document établi par TT._____, qui a expliqué que les conditions de travail chez CC._____ n'étaient pas appropriées à sa situation de handicap. Elle ne pouvait circuler avec son fauteuil, devait en sortir pour rejoindre son poste de travail, et avait des difficultés pour se lever de sa chaise de bureau car ses jambes étaient à l'étroit dans l'espace sous le bureau. Elle devait en outre sortir de son fauteuil dans l'ascenseur, qui était étroit, et n'a pu durant quelques jours accéder à son bureau car l'ascenseur était en panne. Pour TT._____, l'assurée avait été contrainte de donner sa démission pour penser à sa santé, rien n'ayant été fait pour améliorer son poste de travail.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. 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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'AI.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut

aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

4. a) Il est constant et non contesté que la recourante présente les séquelles d'une poliomyélite contractée dans la petite enfance. Elle a de ce fait dû être opérée en 1991 et en 1995 notamment, afin de subir en particulier une ostéotomie de varisation-dérotation de la hanche gauche, un allongement du tendon d'Achille gauche et une dérotation du tibia droit. Elle s'est en outre vu remettre à titre de moyens auxiliaires une orthèse jambière, ainsi qu'un fauteuil roulant, ses capacités de déplacement étant fortement réduites (cf. notamment rapports des 14 juillet 2004 et 13 décembre 2007 du Dr F._____).

Malgré ses atteintes somatiques, l'assurée a terminé son apprentissage d'employée de commerce à l'été 2010 et a obtenu son CFC (en bénéficiant toutefois d'aménagements, à savoir les mercredis après-midi de congé en 2^{ème} et 3^{ème} années, cf. entretien du 9 août 2010 entre la responsable RH de la Fondation R._____ et l'OAI et attestation de

cette Fondation du 28 février 2011). A cette époque, elle a allégué avoir ressenti une fatigue importante en cours d'apprentissage, et a demandé l'octroi d'une rente, ne s'estimant pas en mesure d'exercer une activité à un taux supérieur à 50 % compte tenu de son handicap (cf. compte-rendu d'entretien du 6 août 2010 et courrier de l'assurée du 17 janvier 2011).

C'est dans ce contexte que, faute d'éléments médicaux clairs sur la capacité de travail au dossier - le médecin traitant, le Dr K. _____, ne s'étant en particulier pas prononcé sur les limitations de sa patiente ni sur sa capacité de travail (cf. rapport du 4 novembre 2010), et le Dr F. _____ ne l'ayant plus revue en consultation depuis 2007 (cf. entretien téléphonique du 20 janvier 2011 de l'OAI avec le secrétariat du Dr F. _____) -, l'OAI a mandaté le Dr C. _____ pour expertiser l'assurée. Ce médecin l'a examinée une première fois en mars 2011. A la suite de cet examen, il a bien noté que la patiente rencontrait des difficultés le matin à se préparer et se « mettre en route », avec une mise en œuvre motrice plus importante et fatigante qu'un autre sujet, estimant dès lors que cela justifiait de retenir une limitation de la capacité de travail de l'ordre de 15 %. Le Dr C. _____ n'a toutefois pas retenu que la fatigue évoquée correspondait à une atteinte neuropsychologique associée, vu la normalité des tests sur ce plan, ni qu'il s'agissait d'un syndrome de type post-polio, estimant que le seul substrat à ce syndrome de fatigue était l'atteinte périphérique elle-même. Le Dr C. _____ a toutefois estimé que dans une activité où l'assurée était purement sédentaire, comme derrière un bureau, et sans obligation de prendre ou déplacer des objets, ni de se déplacer elle-même pour l'activité professionnelle, le syndrome de fatigue, purement moteur, n'intervenait pas dans une limitation de l'activité professionnelle. Le Dr C. _____ a rappelé que si l'activité n'était pas adaptée, en particulier si l'assurée devait être sollicitée pour transporter ou classer du matériel comme des dossiers, alors il faudrait considérer une incapacité de travail de 40 %, relevant bien que tout travail physique significatif devait être exclu.

A la suite de ce premier examen, le dossier de l'assurée a été complété par les rapports des médecins du L. _____ du H. _____, d'une

part, qui ont estimé sa capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée (sous réserve d'une période d'incapacité de travail totale du 19 mai au 8 septembre 2011) (cf. rapport du Dr T. _____ du 25 février 2011, rapports des 8 août 2011 et 10 janvier 2012 des Drs S. _____ et N. _____), en faisant état d'un pied creux varus avec aplatissement et début d'arthrose tibio-astragaliennne avec également des signes de conflits à ce niveau, les radiographies du bassin montrant une sévère dysplasie et une subluxation des têtes fémorales sans signe d'arthrose. D'autre part, le Dr D. _____ a fait état de lâchages du pied et du genou, ayant requis qu'elle s'équipe d'une orthèse de stabilisation supplémentaire depuis une année, avec un temps de récupération par nuit de dix heures de sommeil au minimum (cf. rapport du 9 mai 2012). Enfin, l'assurée a été vue par le Dr V. _____ de [...], qui a estimé que la capacité de travail de 85 % retenu par le Dr C. _____ était irréaliste, la patiente étant déjà à ses limites avec une capacité de travail de 50 % (cf. rapport du 19 juillet 2012).

Compte tenu de ces éléments, l'assurée a été ré-examinée le 29 avril 2014 par le Dr C. _____, qui a procédé à un examen neurologique, neuropsychologique, ainsi qu'à un bilan ergothérapeutique et physiothérapeutique. Dans son rapport du 3 juin 2014, le Dr C. _____ a pris connaissance de l'entier des documents médicaux venus s'ajouter au dossier de l'assurée depuis son premier examen de mars 2011. Il a en particulier tenu compte du rapport du Dr V. _____ du 19 juillet 2012, au sujet duquel il a relevé, sans être contredit, que ce médecin reprenait les diagnostics connus de séquelles après poliomyélite survenue entre la naissance et l'âge de treize mois, avec paraparésie D7 [vertèbre dorsale 7], plégie du membre inférieur droit, troubles sphinctériens, scoliose, arthrose, et status après opérations orthopédiques avec en outre une épicondylite chronique récidivante à droite. Le rapport du Dr V. _____ ne révélait cependant pas de nouveauté par rapport aux constatations médicales déjà faites, et ce qu'on pouvait attendre d'un examen neurologique effectué par un médecin non spécialiste en neurologie (le Dr V. _____ étant spécialiste en médecine physique et réhabilitation) ne mettait pas en évidence de nouvel élément.

Finalement, après avoir pris connaissance des nouvelles pièces médicales au dossier, procédé à un nouvel examen complet de l'assurée, et listé son anamnèse, ses plaintes et décrit son status, le Dr C. _____ a posé les diagnostics de séquelles de poliomyélite des membres inférieurs prédominant à droite, avec multiples status post-opératoires, ainsi que de syndrome de fatigue d'origine musculaire, sans atteinte cognitive hormis quelques difficultés attentionnelles-exécutives. Il a estimé que d'une façon objective, il n'existait pas de modification significative sur le plan neuromusculaire par rapport à l'évaluation de 2011. Il n'y avait pas non plus de modification cognitive, sinon quelques troubles attentionnels contribuant à la fatigabilité, en plus de la composante musculaire prédominante. L'expert a d'ailleurs exclu la survenue d'un syndrome post-polio à ce stade. Subjectivement, il a néanmoins fait mention d'une péjoration modérée due à des douleurs du pied gauche faisant suite à une entorse survenue une année auparavant, ainsi qu'à des douleurs du coude droit en relation avec une probable épicondylite de surcharge récidivante, cependant peu manifeste le jour de l'examen. Les plaintes de l'assurée étaient elles aussi globalement superposables, celle-ci insistant sur la longueur de sa préparation matinale avant de pouvoir sortir et sur la fatigabilité survenant en cours de journée. Toutefois, sur la base de l'évaluation physiothérapeutique et ergothérapique, l'expert a exposé ne pouvoir confirmer la nécessité d'utiliser 2 h à 2 h 30 pour la préparation matinale, mettant en avant le caractère peu adapté du domicile des parents - que la assurée a du reste quitté en janvier 2015 pour un logement plus adapté à la suite de l' [...]. Ainsi, par rapport à 2011, le Dr C. _____ a estimé que dans un environnement adapté, c'était une incapacité de travail de 10 % qui devait être retenue actuellement. Il a encore ajouté 10 % d'incapacité de travail afin de tenir compte des douleurs du pied gauche et du coude droit, bien que fluctuantes, associées à des troubles attentionnels, bien que sans atteinte cognitive. Ainsi, le Dr C. _____ a estimé que dans une activité purement adaptée (sédentaire, sans port de charge, sans nécessité de déplacement significatif), l'incapacité de travail était actuellement de 20 %. Ce médecin a cependant bien précisé que la patiente risquait de développer un

syndrome post-polio avec accentuation de la fatigue, mais cette fois-ci au niveau neuromusculaire, avec baisse de ses capacités professionnelles. Le Dr C._____ a dès lors jugé nécessaire qu'un bilan neurologique régulier soit effectué pour dépister le cas échéant un tel syndrome débutant.

Il résulte de ce qui précède que l'expert a fait des points litigieux une étude circonstanciée, fondée sur des examens complets et en totale connaissance de l'anamnèse, prenant en compte les plaintes de l'assurée. L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions du Dr C._____ bien motivées. Son rapport d'expertise complémentaire, comme sa première appréciation, remplissent dès lors les réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante.

Certes l'assurée fait valoir, en se prévalant des rapports établis postérieurement par les médecins de [...], et en particulier par le Dr G._____, qu'une observation aurait dû être mise en place par l'OAI auprès du B._____ de [...] pour permettre d'appréhender valablement son atteinte et ses conséquences. Toutefois, l'OAI a instruit son dossier à satisfaction en mandatant le Dr C._____, lequel s'est au demeurant adjoint les services de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes ainsi que de neuropsychologues pour rendre son rapport de juin 2014, comme l'avait au demeurant fait avant lui le Dr V._____ en juillet 2012. Les assurés ne disposent en outre pas d'un droit à la mise en œuvre d'une observation sur une longue période, comme le requiert l'assurée en se référant aux avis des médecins de [...], ce d'autant que la situation a pu, en l'espèce, être valablement instruite. A cela s'ajoute encore que le Dr G._____ n'a pas fait état dans le cadre de son appréciation du 3 novembre 2014 d'éléments nouveaux sur lesquels l'expert C._____ ne se serait pas prononcé. En particulier, l'instabilité et la scoliose étaient déjà mentionnées par le Dr V._____, et l'expert a pu prendre position à ce sujet. Quant au rapport du 21 janvier 2015 du Dr G._____, en tant qu'il constate qu'il n'y a pas de possibilité d'amélioration de la situation de l'assurée par l'adaptation des moyens auxiliaires, il ne fait pas non plus état d'éléments nouveaux, cet aspect n'étant pas contesté. Pour ce qui est

du Dr D._____, il n'indique pas dans son rapport du 30 janvier 2015 les raisons qui motivent selon lui de ne pas retenir une capacité de travail de 80 %, sinon en arguant d'une péjoration survenue depuis huit mois. Or cette péjoration n'est pas documentée. Il apparaît au demeurant pour le moins troublant que la péjoration en question soit apparue juste après que le Dr C._____ a examiné l'assurée, à la fin du mois d'avril 2014. On relèvera encore que le Dr D._____ a fait état d'un déménagement de l'assurée du domicile familial « en raison de l'alourdissement du handicap », alors qu'en réalité, c'est en raison de l' [...] de celui-ci, survenu à la fin du mois de janvier 2015, que l'assurée a été vivre à [...]. S'agissant enfin de la lettre produite en procédure et rédigée par TT._____, elle ne contredit pas non plus les observations du Dr C._____, bien au contraire : elle revient à affirmer qu'il est nécessaire que la recourante puisse travailler dans un environnement parfaitement adapté à son atteinte, le poste de travail décrit par TT._____ dans sa lettre ne paraissant pas remplir ces conditions, puisqu'en particulier, l'assurée devait sortir de son fauteuil pour rejoindre son poste de travail, alors que le Dr C._____ a bien rappelé que la patiente présentait une limitation pour tout déplacement nécessitant l'utilisation des membres inférieurs.

Ainsi, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr C._____, respectivement de celle de la Dresse RR._____ du SMR, qui a relevé le 19 mars 2015 que la situation a été décrite comme stationnaire, une imagerie du 30 décembre 2014 décrivant la scoliose connue comme inchangée depuis 2012 et les examens fonctionnels du 17 octobre 2014 étant superposables à ceux de juillet 2012.

b) En conclusion, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que dans l'activité habituelle d'employée de commerce - qui est adaptée - la capacité de travail de la recourante est de 80 %. Cette dernière présente ainsi une incapacité de travail de 20 %, égale à son degré d'invalidité qui, inférieur à 40 %, n'ouvre pas le droit à la rente.

5. Le recours se révèle par conséquent mal fondé et doit être rejeté, la décision attaquée étant confirmée.

La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. 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 sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. 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 ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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 (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire – limitée aux frais –, ces derniers 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 (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 31 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. 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 mis à la charge de l'Etat.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap (pour A.Q. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :