

## **VD\_FINDINFO AI 173/12 - 162/2015 vom 18. Juni 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-06-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_173\\_12\\_-\\_162\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_173_12_-_162_2015)

FR: VD\_FINDINFO AI 173/12 - 162/2015 du 18 juin 2015

IT: VD\_FINDINFO AI 173/12 - 162/2015 del 18 giugno 2015

### **Regeste**

DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ALLOCATION POUR IMPOTENT, ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, ACTE ORDINAIRE DE LA VIE, ACCOMPAGNEMENT POUR FAIRE FACE AUX NÉCESSITÉS DE LA VIE, RESSORTISSANT ÉTRANGER, CONDITION D'ASSURANCE, DURÉE MINIMALE DE COTISATION | 42 al. 1 LAI, 42 al. 3 LAI, 6 al. 2 LAI, 9 LPG, 37 RAI, 38 RAI

### **Erwägungen**

#### **E. 22**

février 2004, il y a lieu d'admettre qu'au moment déterminant soit le 1<sup>er</sup> septembre 2005, elle comptait vraisemblablement une année entière de cotisations au sens de l'art. 6 al. 2 LAI. La décision attaquée est dès lors erronée et devra être annulée. Le dossier doit dès lors être retourné à l'intimé pour complément d'instruction sur ce point. Dans sa duplique du 7 janvier 2013, l'intimé indique que la recourante n'a versé de cotisations que dès août 2005 se référant à l'extrait du compte individuel versé au dossier (état au 3 août 2011). En outre, la recourante ne saurait se prévaloir de l'art. 9 al. 3 LAI, applicable dans le domaine de l'impotence aux seuls assurés mineurs par renvoi de l'art. 42bis al. 2 LAI. Le [...] janvier 2013, la recourante a donné naissance à un deuxième enfant. Dans ses déterminations du 12 février 2013, la recourante soutient que son besoin d'aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie a forcément été influencé par ses nouvelles obligations de mère de famille, raison pour laquelle la survenance doit être fixée à 2010 (soit une année après les changements induits par la naissance de sa fille le [...] 2009). A ce moment-là, elle comptait une année entière de cotisations. Le 7 janvier 2014, la recourante dépose un rapport du 21 août 2013 établi par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant suite à la demande d'expertise mise en œuvre par l'intimé le 9 juillet 2013. Il ressort dudit rapport que la recourante présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée, comme celle de couturière, avec une baisse de rendement de 20%, laquelle existe depuis janvier 2009, date de l'apparition d'une obésité. Dans son rapport d'expertise du 21 août 2013, le Dr W.\_\_\_\_\_ a relevé que les lésions séquellaires dues à la poliomyélite étaient fixées depuis l'année 1994. L'assurée présentait en effet une poliomyélite de type flasque complet, à savoir celle n'entraînant pas de rétractions (diminution de la capacité de mouvements des articulations). Il a en outre exposé ce qui suit (rapport d'expertise, p. 28) : « L'obésité pathologique (2009 au jour de l'expertise, août 2013) L'obésité débute dans les suites du premier accouchement, le [...] 2009. L'assurée décrit cette période comme difficile, n'ayant plus d'emploi et son mari connaissant également des difficultés financières, ce qui a entraîné une surconsommation alimentaire. Le poids actuel est de 96 Kilogramme pour une taille de 1,59 Mètre. Il est bien évident, dans ce cadre, que la marche devient alors très problématique en raison de

l'important effort physique à fournir. Il ne peut être qu'ardu de tenter une déambulation avec une attelle qui ne bloque que le membre inférieur droit et non pas la hanche, qui nécessite l'utilisation de deux cannes anglaises, avec un important surpoids. La situation, jusqu'ici équilibrée, est déstabilisée par la prise de poids. On note qu'une aide extérieure devient alors nécessaire pour mettre et enlever l'orthèse ainsi que pour l'habillage et le déshabillage. J'ai donc examiné avec soin, au jour de l'expertise, la dépose et la pose complètes de l'orthèse ainsi que l'habillage et le déshabillage jusqu'aux sous-vêtements. On remarque que l'obésité tronculaire empêche d'atteindre les sangles velcro de fixation du pied et de la cheville, ainsi que de placer le 5<sup>ème</sup> orteil dans la coque maintenant le pied. En ce qui concerne les douleurs de la partie basse du tronc, elles relèvent également des suites de la poliomyélite, mais sont clairement exacerbées par l'obésité. C'est donc l'obésité qui a induit la déstabilisation de l'équilibre initialement acquis. L'assurée avait également remarqué la conjonction temporelle unissant l'obésité à la perte d'une certaine autonomie, ressentie douloureusement au moment de s'occuper de son enfant. Alarmée par son diabète gestationnel, elle a courageusement envisagé une perte de poids, allant jusqu'à évoquer une chirurgie de type by-pass. Cette suggestion ne semblerait pas, selon ses dires, avoir reçu un écho favorable auprès de son médecin traitant ». La recourante en conclut que la survenance de l'impotence ne doit pas être fixée au 1<sup>er</sup> septembre 2005, mais en janvier 2010, soit une année après l'aggravation de son état de santé soit le développement d'une importante obésité suite à une première grossesse, obésité ayant induit une déstabilisation de l'équilibre initialement acquis. Les conditions d'assurance étant remplies, la recourante conclut au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et évaluation du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans son écriture du 5 mars 2014, l'intimé admet que le besoin d'aide pour se vêtir existe depuis 2009, époque où la prise de poids a empêché la recourante pour la première fois de poser ou déposer son orthèse sans l'aide d'un tiers en raison d'une obésité laquelle engendre une diminution de rendement en termes de capacité de travail. L'intimé relève qu'à la suite du questionnaire complété par la recourante le 15 juillet 2011, elle a fait état d'un besoin d'accompagnement depuis 2004. Après la notification du projet de décision du 2 mai 2012, la recourante a indiqué que le besoin était intervenu dans le contexte de l'apparition de l'obésité, soulignant qu'elle avait été parfaitement en mesure de vivre seule de 2005 à 2008. L'intimé est d'avis qu'il y a matière à retenir la jurisprudence relative aux premières déclarations. L'intimé se demande enfin si l'obésité de la recourante a réellement un caractère invalidant, soit si la diminution du dommage par la perte de poids peut être qualifiée ou non d'exigible. L'expert W. \_\_\_\_\_ met la prise de poids en relation avec une surconsommation alimentaire et ne fait état a priori d'aucun motif qui ferait obstacle à une perte pondérale significative. L'intimé considère qu'il pourrait être judicieux de demander à l'expert de confirmer ce point. Dans ses déterminations complémentaires du 26 mars 2014, la recourante expose que l'aggravation de 2009 n'est pas seulement à mettre en lien avec l'obésité, mais également avec le port d'une orthèse peu confortable rendant difficile la station assise prolongée, sa première grossesse et ses nouvelles charges familiales. Elle relève que l'expertise W. \_\_\_\_\_ ne permet pas en soi de pallier aux manques de l'instruction s'agissant du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, raison pour laquelle il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour complément d'instruction. L'obésité a en outre un caractère invalidant et aucune mise en demeure ne lui a été signifiée s'agissant d'une perte de poids. Les causes de l'obésité n'ont enfin pas été éclaircies à satisfaction. L'intimé ne s'est pas déterminé plus avant. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA

(loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit de la recourante, ressortissante [...], à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité suisse, respectivement sur l'examen d'une éventuelle aggravation de l'atteinte à la santé, ainsi que des conditions d'assurance. Il sied de préciser qu'il n'y a donc pas lieu de se prononcer dans la présente procédure de recours sur un éventuel droit à la rente. 3. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Selon l'art. 42 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA; TF 9C\_188/2008 du 10 juin 2009) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. Pour pouvoir prétendre à une telle prestation, il convient par conséquent d'être assuré – au sens des art. 1a et 2 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10), en corrélation avec l'art. 1b LAI – et d'avoir son domicile et sa résidence habituelle en Suisse. Si l'assuré est un ressortissant étranger (art. 6 al. 2 LAI), la loi subordonne l'octroi d'une allocation pour impotent à une durée minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (atteinte à la santé) au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse – ou si, lors de la survenance de l'invalidité, leur père ou mère compte, s'il s'agit d'une personne étrangère, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse (let. a) et si eux-mêmes sont nés invalides en Suisse ou, lors de la survenance de l'invalidité, résidaient en Suisse sans interruption depuis une année au moins ou depuis leur naissance (let. b). La condition de la durée minimale d'une année de résidence sans interruption (art. 9 al. 3 let. b LAI) doit être remplie au moment de la survenance de l'évènement assuré ayant provoqué l'impotence. Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à la santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase, LAI). Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (art. 42 al. 3, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> phrases, LAI). b) Le Conseil fédéral a édicté des règles d'exécution aux art. 35 ss RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), notamment au sujet de l'évaluation de l'impotence (art. 37 RAI) et de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (art. 38 RAI). L'impotence peut, selon l'art. 37 RAI, être évaluée comme grave, moyenne ou

faible. L'art. 37 RAI a la teneur suivante : « 1 L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. 2 L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie; b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou c. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38. 3 L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; b. d'une surveillance personnelle permanente; c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré; d. de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38. 4 Dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé ». c) S'agissant des actes ordinaires de la vie mentionnés à l'art. 37 RAI, ceux-ci sont notamment définis dans la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI). Ils se répartissent en six domaines (ch. 8010 ss CIIAI, édition valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014) : - se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever); - se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter); - manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde); - faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher); - aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes); - se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux). Cette liste correspond, d'après la jurisprudence, à la définition légale des actes élémentaires de la vie quotidienne (cf. notamment ATF 127 V 94 consid. 3c). L'aide est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour. C'est par exemple le cas lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (RCC 1986 p. 510). En outre, que l'accomplissement des actes ordinaires de la vie soit plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence (ch. 8013 CIIAI). d) Aux termes de l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé, vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b), ou encore éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450; TF 9C\_432/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1). N'est pris en considération que

l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnés à l'al. 1 (art. 38 al. 3 RAI). Selon le ch. 8040 CIIAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et / ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne adulte assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible, pour autant que les conditions suivantes soient remplies: - La personne assurée est atteinte dans sa santé. Le droit à l'allocation ne se limite pas aux personnes atteintes dans leur santé psychique ou mentale. Il est tout à fait envisageable que d'autres handicapés puissent également faire valoir un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF I 211/05 du 23 juillet 2007 [ATF 133 V 450] et I 661/05 du 23 juillet 2007; TF 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008) (ch. 8042 CIIAI). - La personne assurée n'habite pas dans un home (ch. 8043 CIIAI). - Il s'agit de l'un des trois cas d'application possibles (ch. 8049 ss CIIAI) (ch. 8044 CIIAI). - Le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est régulier et durable (ch. 8053 et 8095 ss CIIAI) (ch. 8045 CIIAI). - L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est accordé aux assurés qui, pour des raisons de santé, ne peuvent vivre de manière autonome qu'avec l'aide d'une tierce personne (TF 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008). Dans le contexte du droit à une allocation pour impotent, l'aide au ménage ne peut être prise en compte que si la personne assurée ne peut pas organiser elle-même le ménage pour des raisons de santé (ch. 8047.2 CIIAI). Selon le ch. 8049 CIIAI, il y a besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de la loi dans trois situations énumérées de manière exhaustive, soit lorsque l'assuré ne peut vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'un tiers, lorsqu'il a besoin de cet accompagnement pour accomplir des activités et établir des contacts hors de son domicile, ou lorsqu'il risque sérieusement de s'isoler durablement du monde extérieur. Les ch. 8048 et 8055 CIIAI excluent quant à eux que puisse être prise en compte une même prestation d'aide à la fois au titre des actes ordinaires de la vie et au titre de l'accompagnement, ce que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de confirmer (cf. TF 9C\_432/2012 et 9C\_441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1). Enfin, le ch. 8053 CIIAI prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne aux moins deux heures par semaine sur une période de trois mois; le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et, partant, conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2; TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références). 4. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a ainsi relevé qu'il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. En cas de doute sur les troubles physiques, psychiques ou mentaux ou leurs répercussions sur les actes ordinaires de la vie, il est nécessaire de demander des précisions au médecin. Il y a en outre lieu de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.2). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C\_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3). Enfin, même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (TF 8C\_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). 5. a) Il résulte de la demande d'allocation pour impotent déposée par la recourante le 18 juillet 2011 qu'elle a besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour se vêtir / se dévêtir, précisant que depuis la réception de son orthèse en septembre 2009, elle avait besoin de l'aide d'un tiers pour l'enlever et mettre / ôter les vêtements qui passent par la jambe; pour se baigner / se doucher depuis 2004, soit pour entrer et sortir de la douche et pour vivre chez elle (tâches domestiques depuis 2004) et pour les rendez-vous et les contacts hors du domicile (déplacements depuis 2004). b) Il est ainsi question de trois actes ordinaires de la vie pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire, ce qui pourrait théoriquement conduire à l'octroi d'une allocation pour impotence légère, voire moyenne. Il sied toutefois de constater que l'intéressée, née en 1987, de nationalité [...], souffre d'une atteinte à la santé depuis 1992 au niveau du membre inférieur droit, sous forme de séquelles de poliomyélite. Avant son arrivée en Suisse en février 2004, elle a probablement subi deux interventions chirurgicales au [...], à savoir une ténotomie d'allongement du tendon d'Achille et une opération du genou, le Dr D. \_\_\_\_\_ précisant qu'elle avait été équipée d'une orthèse cinq ans avant (rapport médical du 29 septembre 2005 du Dr D. \_\_\_\_\_), élément également retenu par les médecins du service d'orthopédie du Q. \_\_\_\_\_ qui ont constaté en novembre 2004, soit quelques mois après l'arrivée de la recourante en Suisse, que cette dernière avait été

équipée d'une orthèse durant trois ans et qu'elle marchait avec deux cannes (rapport du 17 novembre 2004). Ces éléments repris dans deux décisions rendues par l'OAI le 21 juillet 2005 – rejetant la demande de mesures médicales et de moyen auxiliaire (orthèse), l'assurée ne remplissant pas les conditions d'assurance – n'ont pas été contestés par l'intéressée. Or, c'est précisément en raison de l'impact du port de l'orthèse ou de l'usage de cannes – moyens auxiliaires qu'elle utilisait déjà au [...] – que la recourante sollicite une allocation pour impotent. A cet égard, il convient de préciser que l'adaptation d'une orthèse en 2009 avait pour but de permettre une marche « plantigrade » sans recours constant à des moyens auxiliaires (rapport du 18 octobre 2011 du Dr L. \_\_\_\_\_). Dans le cadre de l'enquête réalisée en 2012, la recourante a précisé qu'elle portait cette orthèse tous les jours jusqu'au début 2011, puis un jour sur deux (rapport d'enquête du 15 février 2012). L'instabilité de son pied dont elle fait état pour sortir de la baignoire, est une conséquence de la poliomyélite et était déjà présente avant 2004, probablement dès 1992. Enfin s'agissant de l'acte ordinaire de se déplacer, la recourante soutient qu'elle rencontre des difficultés à effectuer de longs trajets ou lorsqu'elle rencontre des obstacles. Outre, le fait que ces difficultés sont inhérentes aux séquelles de poliomyélite, laquelle engendre par définition des limitations motrices, il y a lieu de relever que l'adaptation de l'orthèse en 2009 avait précisément pour but de favoriser une marche « plantigrade » permettant ainsi d'avoir les mains libres pour tenir par exemple la main de sa fille. S'agissant du besoin d'aide allégué pour mettre en place l'orthèse, il n'est pas contesté que la recourante bénéficiait déjà d'une telle orthèse lorsqu'elle habitait au [...]. Toutefois, les éléments contenus dans le dossier ne permettent pas de savoir si la recourante avait besoin d'aide pour la pose de l'orthèse avant janvier 2010, la recourante liant l'apparition du besoin précité à une prise de poids importante. Dans sa demande d'allocation pour impotent, la recourante a également fait état de données relatives à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Elle a ainsi répondu positivement à la question de savoir si elle avait besoin de l'accompagnement en question en raison de ses problèmes de santé et indiqué pour quel type d'activités (avant tout, travaux ménagers) et dans quelles circonstances (déplacements hors du domicile, utilisation du taxi, aide pour les courses) une aide était requise. Toutefois, même si le dossier de l'assurée contient des éléments susceptibles de jouer un rôle sous l'angle de l'art. 38 al. 1 let. a et b RAI, il convient de rappeler que l'allocation pour impotent fondée sur le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne peut prendre naissance que dès le premier jour du mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire (art. 38 al. 1 RAI). Or, la recourante soutient qu'à la date du 1<sup>er</sup> septembre 2005 correspondant à son 18<sup>ème</sup> anniversaire, elle compterait « très vraisemblablement » une année entière de cotisation au sens de l'art. 6 al. 2 LAI. L'extrait du compte individuel indique que des cotisations ont été versées dès août 2005. Par ailleurs, même s'il était admis que les conditions des art. 42 LAI et 37 RAI étaient réalisées, on ne saurait raisonnablement soutenir que l'intéressée n'aurait eu besoin de cette aide, pour la première fois, qu'après son arrivée en Suisse. Les conditions d'assurance ne sont en conséquence pas remplies au regard de l'atteinte relative à la poliomyélite. L'acquisition de la majorité en août 2005, soit plus d'un an après son arrivée en Suisse, ne saurait être assimilé à un nouveau cas d'assurance et de facto à une nouvelle survenance (ATF 137 V 424). c) Autre est la question de savoir si les conditions d'assurance pourraient être remplies en raison d'une importante prise de poids en 2009, qualifiée d'obésité majeure (BMI [indice de masse corporelle] : 38) par le Dr W. \_\_\_\_\_. L'expert a en effet constaté, à l'issue de l'examen clinique d'août 2013 que ce surpoids compliquait de façon sévère la marche et la position érigée (rapport d'expertise du 21 août

2013). On ne saurait faire grief à la recourante de s'en être prévalué que dans le cadre de la procédure de recours, dans la mesure où ce n'est qu'à l'issue de l'expertise réalisée en 2013 que l'expert a pu démontrer l'impact de cette obésité tronculaire sur l'équilibre initialement acquis, voire sur l'autonomie de la recourante. En dehors de la question des changements intervenus sur le plan familial (naissance de deux enfants en 2009 et 2013), cela pourrait expliquer pourquoi la recourante a été en mesure de vivre de manière autonome à [...] de 2005 à 2008, tout en suivant une formation au F.\_\_\_\_\_. Compte tenu de l'aggravation de l'état de santé de la recourante dès janvier 2009, il sied de retenir que les conditions d'assurance (art. 6 al. 2 LAI) sont remplies au regard de l'obésité morbide constatée par l'expert. d) Toutefois, le dossier en l'état ne permet pas de savoir si l'obésité telle que décrite par l'expert a un caractère invalidant et si le besoin d'aide d'un tiers dont fait état la recourante pour trois actes de la vie quotidienne : « se vêtir », « se baigner/se doucher » et « se déplacer », ainsi d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, sont liés à cette prise de poids excessive invalidante, sans qu'aucun effort raisonnablement exigible ne puisse être entrepris pour la réduire. A cet égard, il sied de relever que l'enquête à domicile s'est essentiellement focalisée sur la question des conditions d'assurance en lien avec la poliomyélite. Or, dans sa demande déposée le 18 juillet 2011, la recourante avait notamment fourni des indications sur la question du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (cf. annexe aux ch. 5.2 et 5.3) lesquelles n'ont pas été vérifiées par la collaboratrice de l'intimé ayant procédé à l'enquête à domicile du 14 février 2012. 6. a) En conséquence de ce qui précède, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision entreprise, et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète son instruction, puis rende une nouvelle décision au sens des considérants. b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'une avocate du Service juridique de Procap, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 7 TFJAS [Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

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