

VD_GERICHTE ZD17.038784 vom 5. November 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.038784

FR: VD_GERICHTE ZD17.038784 du 5 novembre 2019

IT: VD_GERICHTE ZD17.038784 del 5 novembre 2019

Erwägungen

E. 15

août 2005 au 14 août 2008, à titre de frais supplémentaires de formation professionnelle initiale (cf. communication du 25 septembre 2006). A l'issue de la formation susdite, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement (cf. communication du 20 juin 2008) puis a pris en charge les frais d'orientation professionnelle auprès de Couture C. _____ Sàrl à [...] pour la période du 30 juin au 30 septembre 2009 (cf. communication du 6 juillet 2009), avant de prolonger cette mesure jusqu'au 30 octobre 2009, l'assurée ayant besoin d'un délai supplémentaire pour s'adapter à une nouvelle prothèse externe de la jambe droite (cf. communication du 7 octobre 2009).

- 4 - Dès le 1er novembre 2009, l'assurée a été engagée pour une durée indéterminée en qualité de couturière à 50 % auprès de Couture C. _____ Sàrl, avec une rémunération à la pièce. L'OAI a pris en charge les frais d'une allocation d'initiation au travail (AIT) pour la période du 1er novembre 2009 au 1er janvier 2010. Aux termes d'un rapport final du 8 janvier 2010, le Service de réadaptation de l'OAI a observé que le revenu d'invalidité s'élevait à 14'600 fr. et le revenu sans invalidité à 40'800 fr., que l'assurée semblait ainsi avoir mal été orientée professionnellement et qu'il convenait de réinstruire le dossier. Dans un rapport du 15 février 2010, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne et infectiologie et médecin traitant de l'assurée, a exposé que l'assurée présentait des séquelles de poliomyélite au membre inférieur droit et que le pronostic était réservé. Le cas ayant été soumis au Dr Z. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ce dernier a notamment retenu, dans un rapport du 21 avril 2010, que l'intéressée présentait une atteinte complexe du membre inférieur droit secondaire à une poliomyélite développée à l'âge de cinq ans, en 1992, étant précisé qu'aucune autre atteinte à la santé n'avait été avancée par les médecins de l'assurée. Au cours de l'automne 2010, l'assurée a mis fin à son emploi auprès de Couture C. _____ Sàrl. Par communication du 22 novembre 2010, l'OAI a octroyé à l'intéressée la prise en charge d'une orientation professionnelle à 100 % auprès du Centre O. _____ d' [...] dans la section bureau-commerce, pour une durée de trois mois. Dans un rapport de synthèse établi le 29 mars 2011 à l'issue d'un stage effectué du 3 janvier au 25 mars 2011, le Centre O. _____ a

- 5 - exposé qu'une formation de type certificat fédéral de capacité (CFC) dans le domaine bureau-commerce n'était pas réaliste, une formation de type attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) paraissant en revanche envisageable. Il convenait néanmoins de tenir compte du fait que les travaux confiés à un assistant de bureau comportaient souvent une grande part d'activités de manutention, requérant une mobilité dont l'assurée ne disposait pas ; en outre, le domaine d'activité ne semblait pas non plus adapté à l'atteinte à la santé dans la mesure où il provoquait des douleurs dorsales. Il était dès lors douteux que le type de formation proposé permette à l'assurée d'augmenter son

employabilité à long terme ou que l'on puisse escompter des perspectives de gain au vu des limitations. Par rapport du 10 mai 2011, le Dr S. _____, médecin praticien et nouveau médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic incapacitant de status après poliomyélite avec atteinte complexe du membre inférieur droit. Il a précisé qu'il n'y avait pas de traitement en cours « sauf antalgiques si besoin et physiothérapie ». D'une note de suivi consécutive à un entretien entre l'assurée – assistée de son conseil – et le Service de réadaptation de l'OAI le 8 juillet 2011, il est notamment ressorti que l'assurée signalait être aidée pour toutes les tâches domestiques lourdes. C. En date du 15 juillet 2011, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent. Elle a exposé qu'elle avait besoin de l'aide d'un tiers pour se vêtir/se dévêtir depuis la réception de son orthèse en septembre 2009, ainsi que pour l'enlever et mettre/ôter les vêtements passant par sa jambe. Elle a également mentionné qu'elle avait besoin d'aide pour se baigner /se doucher depuis 2004, plus particulièrement pour entrer et sortir de la douche. Elle a de surcroît indiqué avoir besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie, à savoir pour lui permettre de vivre chez elle ainsi que pour les rendez-vous et les contacts hors domicile. Dans une annexe à sa demande, elle a précisé ce qui suit :

- 6 - "Accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie : 5.2 Depuis 2004, besoin d'aide de mon mari et de ma sœur (famille) pour beaucoup de tâches domestiques, notamment celles liées à la préparation des repas, à la lessive, au ménage (utiliser l'aspirateur, récurer, faire la vaisselle). Toute manipulation de charges, même légères, est limitée et toute manipulation nécessitant que je m'agenouille ou que je m'accroupisse n'est pas possible. En outre, le besoin d'aide est nécessaire pour tout achat alimentaire (ou autre, s'il faut porter, par exemple aller chercher un paquet à la poste,...) à l'extérieur de la maison en raison des limitations motrices. 5.3 Depuis 2004, tout déplacement hors de mon domicile implique des difficultés (escaliers,...) et surtout un temps plus long avec comme conséquence une fatigue qui se répercute sur mes autres actes du quotidien. Si je dois me déplacer régulièrement, je suis obligée d'utiliser une voiture (taxi,...) ; les bus avec marches m'empêchent d'y accéder. Autrement dit, sans l'aide de tiers, je ne pourrais pas vivre de manière indépendante." Le 22 juillet 2011, l'assurée a produit un rapport du Dr S. _____ du 8 juillet 2011. Il en résultait que l'intéressée, souffrant de séquelles de poliomyélite du membre inférieur droit avec port d'une orthèse depuis une année (qui n'avait toutefois pas été réadaptée), présentait des problèmes orthopédiques sous forme de lombalgies chroniques et de douleurs au genou et à la cheville gauches ; elle n'arrivait en outre pas à rester longtemps assise ou debout. Dans un rapport daté du 20 août 2011, indexé le 20 septembre 2011 par l'OAI, le Dr S. _____ a posé les diagnostics de poliomyélite du membre inférieur droit depuis l'âge de cinq ans, avec orthèse, ainsi que de lombalgies chroniques et douleurs au niveau de la cheville et du genou gauches depuis janvier 2011. Il a précisé que la position assise ou debout prolongée était impossible et que la patiente présentait une tendance dépressive consécutive à cet état locomoteur. Il a ajouté que l'état de santé comme l'impotence pouvaient être améliorés au moyen d'une révision de l'orthèse. Par rapport du 18 octobre 2011, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a

- 7 - indiqué avoir vu l'assurée en dernière consultation le 28 octobre 2009, suite à l'adaptation de l'orthèse dans le cadre d'une impotence fonctionnelle relative liée à des séquelles de poliomyélite au membre inférieur gauche [sic]. Il a ajouté que la patiente n'était à ce jour plus suivie en ce qui le concernait, en tant que l'adaptation de l'orthèse

semblait avoir permis une marche "plantigrade" sans recours constant à des moyens auxiliaires. Une enquête pour l'évaluation de l'impotence a été réalisée le 14 février 2012. Dans son rapport du 15 février suivant, l'enquêtrice a retenu que l'aide directe du conjoint était requise depuis octobre 2009 pour placer l'orthèse correctement et ajuster le pantalon sur le moyen auxiliaire, étant précisé que l'intéressée ne portait plus l'orthèse qu'un jour sur deux depuis début 2011. Pour se baigner et se doucher, l'enquêtrice a mentionné que l'assurée avait besoin depuis 1992 d'une aide directe du conjoint et auparavant de la famille pour sécuriser la sortie de la baignoire, car le pied d'appui n'était pas stable et le risque de glissade important. S'agissant des déplacements à l'extérieur, l'enquêtrice a signalé – depuis 1992 – un besoin d'accompagnement pour sortir si l'assurée se trouvait avec sa fille, car elle ne pouvait pas lui donner la main puisqu'elle utilisait deux cannes. Tous les transports d'objets qui ne pouvaient prendre place dans un sac à dos devaient en outre être pris en charge par une tierce personne, puisque l'assurée ne pouvait rien porter avec les mains. Dans le cadre de sa synthèse, l'enquêtrice a retenu une impotence due à l'invalidité pour trois actes ordinaires de la vie (se vêtir/dévoiler dès octobre 2009, faire sa toilette dès 1992, se déplacer/entretenir des contacts sociaux dès 1992) ; aucune indication n'a en revanche été formulée s'agissant du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le 2 mai 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus d'allocation pour impotent, considérant que l'intéressée ne remplissait pas les conditions générales d'assurance dans la mesure où il était hautement vraisemblable que le besoin d'aide

- 8 - dans l'accomplissement de certains actes ordinaires de la vie existait déjà au moment de son arrivée en Suisse. L'assurée a présenté ses objections le 7 juin 2012, faisant pour l'essentiel valoir que le besoin d'aide pour se vêtir/se dévoiler était nécessaire depuis l'orthèse reçue en octobre 2009, que le besoin d'aide pour faire sa toilette était devenu régulier dès son installation avec le père de son enfant en octobre 2008 et que le besoin d'accompagnement était lui aussi devenu durable et régulier après son déménagement à [...] en octobre 2008. Par décision du 14 juin 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 juin précédent. D. Le 16 août 2012, l'assurée a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Parallèlement, dans le cadre de la procédure pendante devant l'OAI s'agissant du droit à la rente, l'intéressée a adressé à cet office le 17 août 2012 un rapport du 14 août précédent du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il en résultait notamment que l'assurée, présentant des séquelles de poliomyélite et accusant une surcharge pondérale très importante, souffrait tant de la ceinture scapulaire que pelvienne, les douleurs étant d'origine séquellaire mais également liées à la dépendance aux cannes. L'OAI a par la suite confié un mandat d'expertise au Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 21 août 2013, l'expert a en particulier relevé qu'avec un poids de 96 kg pour une taille de 1m59, l'assurée présentait un indice de masse corporelle (IMC ou BMI [body mass index]) de 38 correspondant à une obésité sévère. Pour le surplus, il a notamment retenu ce qui suit : "5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

- 9 - La poliomyélite antérieure aiguë (1992-1994) et ses séquelles (à vie). Le premier problème, central, est celui de la poliomyélite antérieure aiguë, contractée à l'âge de 5 ans, en 1992, au Cameroun. Cette affection est caractérisée, ici, par une paralysie flasque des muscles du membre inférieur droit. Faute de documentation médicale, on ne connaît pas

l'évolution clinique à l'époque. Les données de la littérature médicale nous indiquent une stabilisation des lésions poliomyélitiques au plus tard deux années après le début de l'infection. On peut donc considérer que les lésions sont stabilisées en l'année 1994. Ces lésions n'évoluent plus et n'évolueront plus jamais. Un premier appareillage est réalisé en 2000, au Cameroun. Cette orthèse permet un appui au sol, en rigidifiant l'ensemble du membre inférieur, de la cuisse au pied droit, à l'exception de la hanche droite. Avec l'aide de deux cannes anglaises, compensant l'incompétence de la hanche droite, la marche est possible. L'assurée arrive en Suisse en 2004. Elle obtient en 2008, avec le soutien de L'Assurance Invalidité, le Certificat Fédéral de Capacité de créatrice de vêtements pour dames. On note, qu'avec son appareillage de membre inférieur, elle vit seule en appartement à [...] et peut même ensuite travailler, à temps partiel, dans la profession apprise. Elle démissionne de son emploi pour des raisons non liées au handicap. L'évolution ultérieure est marquée par une diminution de la capacité de marche résiduelle. [...] On note [...] l'absence totale d'entretien et de maintien de la force musculaire ainsi que d'exercices de la musculature nécessaire à la déambulation sous deux cannes anglaises. Les douleurs des deux épaules, par exemple, relèvent clairement d'une surcharge d'utilisation due au surpoids, entrant bien entendu, dans le cadre d'une utilisation de longue durée de ces auxiliaires. Néanmoins, l'imagerie par résonance magnétique pratiquée au niveau des deux épaules montre bien des lésions de surcharge mécanique et ne demandent [...] qu'un traitement conservateur. Il apparaît également des douleurs des deux fesses ainsi que des lombalgies. Ces douleurs sont à mettre en relation directe avec les séquelles de poliomyélite, aggravée par la prise de poids, à savoir une obliquité du bassin. Ce déséquilibre entraîne des douleurs par surcharge mécanique des deux articulations sacro-iliaques et, plus modestement, au niveau des muscles des dernières vertèbres lombaires. Partant de la mesure réalisée sur le cliché de bassin, j'ai équilibré le bassin à l'aide de planchettes glissées sous la fesse gauche. Le soulagement a été immédiat, tant au niveau des fesses (en fait des articulations sacro-iliaques, surcharge de type I), mais aussi au niveau de la musculature lombaire (tensions musculaires à type de lombalgies). [...] L'obésité pathologique (2009 au jour de l'expertise, août 2013). L'obésité débute dans les suites du premier accouchement, le 15 janvier 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

- 10 - 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 5ème 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 perte de poids et la remise en forme physique sont les deux clefs nécessaires et suffisantes au retour intégral à l'état antérieur chez une assurée âgée de 26 ans." Statuant par arrêt du 18 juin 2015, la Cour des assurances sociales a considéré en résumé que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies au regard de l'atteinte relative à la poliomyélite mais que, en revanche, dites conditions d'assurance étaient remplies sur le plan de l'obésité morbide. Estimant toutefois que le dossier en l'état ne permettait pas de savoir si l'obésité avait un caractère invalidant et si le besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir trois actes de la vie quotidienne, ainsi que le besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, étaient liés à cette prise de poids excessive, la juridiction cantonale a conséquemment admis le recours du 16 août 2012 et renvoyé l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants (CASSO AI 173/12 – 162/2015 du 18 juin 2015, spéc. consid. 5b à 5d).

- 11 - Saisi d'un recours de l'assurée à l'encontre de l'arrêt cantonal susdit, le Tribunal fédéral l'a déclaré irrecevable en date du 23 septembre 2015 (TF 9C_593/2015). E. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a interpellé le Dr S. _____, lequel a exposé, dans un compte-rendu du 4 décembre 2015, que l'assurée présentait un BMI de 43,4 kg/m² et qu'aucune consultation diététique ou spécialisée pour l'obésité n'avait été effectuée mais que l'assurée allait contacter le Centre médico-social pour voir une diététicienne. Il a ajouté que l'intéressée n'effectuait pas de physiothérapie ou autre démarche afin d'améliorer son reconditionnement musculaire, étant précisé qu'elle avait fait de la physiothérapie en 2011 et allait recommencer. Par rapport du 21 décembre 2015, la Dre M. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que l'assurée pesait 94 kg à 38 semaines lors de sa première grossesse, qu'elle en pesait 97 à 14 semaines lors de la seconde grossesse avec un diabète gestationnel en 2012/2013 et qu'elle avait bien suivi le régime mis en place à cet égard, passant à 95 kg à 35 semaines. Invité par l'OAI à indiquer si l'obésité présentée depuis 2009 par l'assurée était primaire, l'expert J. _____ s'est déterminé comme suit par rapport complémentaire du 6 avril 2016 : "J'ai repris l'expertise du 21.08.13. Je confirme la présence d'une obésité, caractérisée par un poids de 96 Kilogrammes associée à une taille de 1,59 m. L'indice de masse corporelle est donc de 38 Kgm-2. Il s'agit donc d'une obésité de classe 2. Le caractère primaire ne peut pas être affirmé de façon simple. En effet, l'assurée signale un diabète gestationnel, apparu au cours de la seconde grossesse. Il ne semble pas y avoir eu, par la suite, de surveillance médicale de la glycémie, selon les déclarations de l'assurée. Ne sont pas présents, dans le dossier mis à disposition, les éléments biologiques nécessaires à l'étude du métabolisme du glucose. Ceux-ci sont peut-être encore à la maternité. Il est donc suggéré de se les procurer directement ou bien auprès du médecin de famille qui aura sans nul doute contrôlé la fonction thyroïdienne, l'axe hypothalamo-hypophysaire et un éventuel syndrome génétique."

- 12 - Par avis médical du 8 juin 2016, la Dre L. _____, du SMR, a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments pour retenir formellement une obésité secondaire, la grossesse n'étant pas une maladie en soi. En date du 11 novembre 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus d'allocation pour impotent. Dans sa motivation, l'office a

retenu que l'assurée avait besoin d'aide pour exécuter deux actes de la vie quotidienne – soit « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » – en raison d'une obésité primaire. L'atteinte à la santé étant non invalidante au sens de l'AI, les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent n'étaient dès lors pas remplies. Par acte de son mandataire du 14 décembre 2016, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Sur un premier plan, elle a contesté la non prise en compte des séquelles de poliomyélite pour l'examen de son droit à une allocation pour impotent – renvoyant à cet égard aux procédures antérieures devant le Tribunal cantonal et le Tribunal fédéral. Pour le reste, l'intéressée a soutenu que l'instruction médicale menée suite à l'arrêt cantonal était insuffisante pour déterminer le caractère invalidant ou non de son obésité, étant en particulier souligné que les renseignements complémentaires requis par l'expert J. _____ le 6 avril 2016 n'avaient pas été demandés. A cela s'ajoutait qu'un éventuel lien entre la poliomyélite et l'obésité n'avait pas été investigué, pas plus que ne l'avait été le fait que l'obésité ait provoqué du diabète. Enfin, le caractère exigible d'une perte de poids n'avait pas non plus fait l'objet d'une investigation. Par écriture du 30 janvier 2017, l'assurée s'est référée à un rapport établi le 21 décembre 2016 par le Dr S. _____, exposant ce qui suit : "1. L'obésité morbide de Mme A. _____ est liée à sa poliomyélite, les séquelles de celle-ci ayant entraîné une nette baisse de sa mobilité et donc une diminution de ses dépenses énergétiques, et donc une prise de poids.

- 13 - 2. L'obésité morbide a provoqué l'apparition d[']un diabète non insulino-dépendant (de type II), actuellement bien équilibré par la diététique et par les médicaments. De plus, l'obésité morbide a également aggravé sa scoliose et augmente fort probablement les douleurs lombo-sacrées dont se plaint régulièrement Mme A. _____. 3. Traitements déjà entrepris : Mme A. _____ est régulièrement suivie par une diététicienne, et suit un traitement antidiabétique oral. 4. D'autres traitements seraient-ils exigibles de la part de Mme A. _____ : je ne vois pas trop comment Mme A. _____ pourrait facilement arriver à perdre du poids (pour diminuer l'impact de son obésité sur son diabète et ses problèmes locomoteurs) sans pouvoir se mouvoir correctement. Sur le plan alimentaire et diététique, on peut toujours mieux faire, mais au prix de privations qui, tôt ou tard, se soldent par un « craquage » et une reprise de poids... Et je ne suis pas sûr non plus qu'une chirurgie de l'obésité (By-pass, anneau gastrique,...) soit une solution non plus à long terme." Par avis médical SMR du 12 juin 2017, la Dre L. _____ a relevé que le Dr S. _____ affirmait simplement qu'il s'agissait d'une obésité secondaire à la poliomyélite, sans fournir d'éléments médicaux nouveaux susceptibles justifiant de s'écarter des précédentes analyses. Par décision du 6 juillet 2017, l'OAI a confirmé son projet du 11 novembre 2016, dont il a repris la motivation. Par courrier explicatif du même jour, l'office a exposé que l'intéressée avait présenté une obésité suite à son premier accouchement en janvier 2009 en raison d'une surconsommation alimentaire, que celle-ci s'était maintenue dans l'intervalle des deux grossesses et que, lors de la seconde grossesse, un diabète gestationnel était survenu pour lequel l'intéressée avait été suivie. Aucun traitement n'avait ensuite été mis en place en relation avec le surpoids, alors que selon l'expert J. _____ « la perte de poids et la remise en forme physique [étaie]nt les deux clefs nécessaires et suffisantes au retour intégral à l'état antérieur ». L'OAI a dès lors retenu que l'excédent de poids n'avait pas provoqué une atteinte à la santé et n'était pas la conséquence d'un trouble de la santé, si bien que l'obésité ne devait pas être considérée comme invalidante et que son impact sur la vie quotidienne de l'assurée n'avait donc pas à être

- 14 - examiné. Quant au rapport du Dr S. _____ du 21 décembre 2016, il ne contenait pas d'éléments nouveaux infirmant cette appréciation. F. Agissant par l'entremise de son conseil, A. _____ a recouru le 7 septembre 2017 devant la Cour des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée, concluant son annulation et, principalement, au versement des prestations légales dont en particulier une allocation pour impotent de degré faible au moins, subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, la recourante s'est référée au rapport établi le 21 décembre 2016 par le Dr S. _____, selon lequel l'obésité morbide était directement liée à la poliomyélite et avait en outre provoqué un diabète ainsi qu'une aggravation de la scoliose et des douleurs lombo-sacrées. Elle a par ailleurs fait valoir qu'elle était régulièrement suivie par une diététicienne, d'autres traitements ne paraissant pas exigibles de sa part à ce stade. Estimant ainsi que l'obésité morbide était à la fois la conséquence d'une atteinte à la santé et la cause d'autres troubles, elle a soutenu que le caractère invalidant de cette affection ne pouvait qu'être reconnu. A titre subsidiaire, elle a argué que l'instruction menée par l'intimé était insuffisante, reprenant à cet égard l'argumentaire développé dans son écriture du 14 décembre 2016. Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé a conclu à son rejet par réponse du 9 novembre 2017. Répliquant le 4 décembre 2017, la recourante a confirmé ses précédents motifs et conclusions. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

- 15 - décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Tel que défini par la décision de l'OAI du 6 juillet 2017, l'objet de la contestation est circonscrit à la question du droit à une allocation pour impotent – aucune autre prestation n'étant visée par cette décision. Dès lors que les conclusions de la recourante tendent à l'octroi des « prestations légales découlant de la LAI, en particulier une allocation pour impotent de degré faible au moins » (cf. mémoire de recours du 7 septembre 2017 p. 9), elles s'avèrent ainsi partiellement irrecevables, l'objet du litige devant être ramené à la seule question du droit de l'intéressée à l'octroi d'une allocation pour impotent. 3. a) Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation

- 16 - pour impotent. A cet égard, l'art. 9 LPGA précise qu'est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. En vertu de l'art. 42 al. 3 première phrase LAI, est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. b) La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI). 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 (art. 37 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 RAI (art. 37 al. 2 RAI). Enfin, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment : (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; ou (c) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI). Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances

- 17 - sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir et se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts. c) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées). 4. D'après un principe général applicable dans la procédure administrative, lorsqu'une autorité de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit alors sa latitude de jugement limitée par les

- 18 - motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (cf. TF 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 6.2 et 9C_340/2013 du 25 juin 2013 consid. 3.1, avec les références citées). L'administration pourra exceptionnellement déroger aux instructions d'une décision de renvoi lorsque les éléments récoltés à la suite d'une telle décision rendent superflus des clarifications supplémentaires (TF 9C_801/2016 du 30 janvier 2017 consid. 4.3.1 et les références citées : voir également TF 8C_859/2015 du 7 juin 2016 consid. 3.4.2 et la référence citée). 5. a) Aux termes de son arrêt de renvoi du 18 juin 2015, la juridiction cantonale a retenu que les conditions générales pour l'octroi d'une allocation pour impotent n'étaient pas remplies sous l'angle de la poliomyélite, que ce soit à l'égard des actes élémentaires de la vie quotidiennes ou de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Elle a plus particulièrement considéré ce qui suit (cf. CASSO AI 173-12 – 162/2015 précité consid. 5b) : "[...] 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 Cameroun – 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 F. _____). 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 Cameroun. Toutefois, les éléments

- 19 - 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 18ème anniversaire (art. 38 al. 1 RAI). Or, la recourante soutient qu'à la date du 1er septembre 2005 correspondant à son 18ème 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 assimilée à un nouveau cas d'assurance et de facto à une nouvelle survenance (ATF 137 V 424)." Cet aspect ayant été définitivement tranché par l'arrêt susdit, entré en force après un recours au Tribunal fédéral déclaré irrecevable, c'est dès lors en vain que, par écriture du 14 décembre 2016 (p. 1), la recourante a une nouvelle fois contesté la non prise en compte des séquelles de poliomyélite pour l'examen du droit à l'allocation pour impotent. b) Dans son arrêt susmentionné, la juridiction cantonale a en revanche considéré que les conditions générales d'assurance étaient remplies s'agissant de l'obésité constatée par le Dr J. _____ dans son rapport d'expertise du 21 août 2013, mais que des mesures d'instruction s'imposaient afin de déterminer si cette obésité avait un caractère invalidant et si le besoin d'aide d'un tiers – pour trois actes de la vie quotidienne (« se vêtir », « se baigner/se doucher » et « se déplacer ») – ou d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie

- 20 - étaient liés à ce surpoids sans qu'aucun effort raisonnablement exigible ne puisse être entrepris afin de le réduire (cf. CASSO AI 173/12 – 162/2015 précité consid. 5c et 5d). La cause a dès lors été renvoyée à l'intimé pour de plus amples investigations. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a interpellé les Drs S. _____ (rapport du 4 décembre 2015), M. _____ (rapport du 21 décembre 2015) et J. _____ (rapport du 6 avril 2016) avant de retenir, aux termes de la décision litigieuse, que l'assurée présentait une obésité primaire et que cette atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'AI. La recourante, pour sa part, s'est fondée sur l'avis du Dr S. _____ (rapport du 21 décembre 2016) pour soutenir que le caractère invalidant de l'obésité devait être reconnu en tant que celle-ci était à la fois la conséquence d'une atteinte à la santé (la poliomyélite) et la cause d'autres troubles (diabète, aggravation de la scoliose et des douleurs lombo-sacrées). aa) Certes, selon la jurisprudence, l'obésité peut être constitutive d'invalidité lorsque l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_49/2019 du 3 mai 2019 consid. 5.3 ; TF 9C_48/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.3). L'impotence et l'invalidité sont toutefois deux choses différentes, quand bien même elles ont pour point commun la référence à la notion d'atteinte à la santé (cf. art. 7 et 8 LPGA, d'une part, et 9 LPGA, d'autre part). Par exemple, de nombreux assurés – notamment ceux qui sont paraplégiques – peuvent percevoir une allocation pour impotent mais pas une rente d'invalidité, grâce à une réadaptation professionnelle réussie. A l'inverse, on peut se trouver en présence d'assurés totalement invalides qui perçoivent une rente entière mais qui n'ont pas droit à une allocation pour impotent, dans la mesure où ils peuvent accomplir eux-mêmes les actes de la vie ordinaire (ATF 137 V 351 consid. 4.3). En

- 21 - résumé, l'allocation pour impotent sera allouée lorsque l'atteinte à la santé entraîne les conséquences prévues par la loi (impossibilité d'accomplir les actes ordinaires de la vie, besoins en soins ou d'accompagnement), sans égard au fait que le degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente soit atteint ou non (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 p. 599). Il suit de là, en

d'autres termes, que les éléments permettant de se prononcer sur le caractère invalidant de l'obésité ne sont pas transposables en matière d'allocation pour impotent, mais que seules les considérations relatives à la perte d'autonomie (besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, besoin d'accompagnement durable, etc) engendrée par l'atteinte à la santé sont déterminantes pour se prononcer sur l'impotence. bb) Au cas d'espèce, il importe donc peu que l'obésité de la recourante soit la cause ou la conséquence d'une atteinte à la santé se répercutant sur la capacité de gain, respectivement qu'il s'agisse d'une obésité primaire ou secondaire. Seul est décisif le point de savoir si l'obésité en tant que telle est source d'impotence pour l'accomplissement de trois actes de la vie quotidienne (« se vêtir », « se baigner/se doucher » et « se déplacer ») ou pour faire face aux nécessités de la vie – selon les termes de l'arrêt cantonal de renvoi du 18 juin 2015 (cf. consid. 4 supra). Or, s'il est constant que l'assurée présentait une obésité sévère en août 2013, avec un BMI de 38 selon les calculs du Dr J. _____ (soit 96 kg pour 1m59, cf. rapports des 21 août 2013 et 6 avril 2016), puis une obésité morbide en décembre 2015, avec un BMI de 43,4 signalé sans autre détail par le Dr S. _____ (cf. rapport du 4 décembre 2015), force est néanmoins de constater que l'intéressée n'a pas besoin d'aide pour l'exécution d'actes de la vie ordinaire, respectivement d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, du fait de son surpoids. En effet, on constate tout d'abord que les difficultés pour se vêtir et se dévêtir sont essentiellement liées à l'interaction entre les

- 22 - séquelles de la poliomyélite – singulièrement le port d'une orthèse – et l'obésité. Il faut rappeler à cet égard que, dans sa demande d'allocation pour impotent du 15 juillet 2011, l'assurée a signalé des difficultés pour se vêtir et se dévêtir en lien avec l'orthèse réceptionnée en 2009, plus spécifiquement pour l'enlever et mettre/ôter les vêtements passant par la jambe. Dans le cadre de l'enquête réalisée le 14 février 2012, il a été relevé que l'intéressée avait besoin d'aide depuis octobre 2009 pour placer l'orthèse correctement et ajuster le pantalon sur le moyen auxiliaire. L'impact de l'obésité sur ce tableau a ensuite été mis en exergue par l'expert J. _____, lequel a noté que la situation, jusqu'alors équilibrée, avait été déstabilisée par le surpoids et qu'en particulier l'obésité tronculaire empêchait d'atteindre les sangles velcro de fixation du pied et de la cheville, ainsi que de placer le cinquième orteil dans la coque maintenant le pied (cf. rapport d'expertise du 21 août 2013). Le dossier ne contient en revanche aucun élément mettant en évidence une perte d'autonomie pour s'habiller/se déshabiller due exclusivement à l'obésité. Il appert autrement dit que sans les séquelles de poliomyélite, la seule obésité n'engendrerait aucun besoin d'assistance à ce niveau. Les difficultés rencontrées trouvent en définitive leur origine dans les suites de la poliomyélite, pour lesquelles les conditions générales d'assurance ne sont pas réalisées. Le même constat s'impose s'agissant du besoin d'aide pour se baigner/se doucher. La recourante a expliqué à cet égard, dans sa demande d'allocation du 15 juillet 2011, qu'elle avait besoin d'aide pour entrer et sortir de la douche. De l'enquête réalisée le 14 février 2012, il est ressorti que l'intéressée avait besoin d'aide pour sécuriser la sortie de la baignoire, car le pied d'appui n'était pas stable et le risque de glissade important. Quant à l'expert J. _____, il n'a relevé aucune difficulté en lien avec l'obésité sur ce plan. Cela étant, on ne voit pas en quoi le surpoids de l'assurée engendrerait un besoin d'assistance spécifique pour se baigner/se doucher – les seuls problèmes évoqués ayant été imputés aux séquelles de poliomyélite, qui ne peuvent être prises en charge faute de satisfaire aux conditions générales d'assurance.

- 23 - Concernant le besoin d'assistance pour se déplacer, l'assurée n'a noté aucun besoin d'aide dans la demande d'allocation pour impotent du 15 juillet 2011. Elle a en revanche signalé à l'enquêtrice de l'OAI, le 14 février 2012, un besoin d'assistance essentiellement lié à l'utilisation de cannes lors des déplacements, les cannes l'empêchant de donner la main à son enfant ou de porter des objets avec les mains. Force est de constater que le surpoids de l'assurée ne joue aucun rôle dans les difficultés ainsi alléguées. Il est vrai que dans son rapport du 21 août 2013, l'expert J. _____ a relevé une marche très problématique en raison de l'important effort physique à fournir pour la déambulation avec une attelle qui ne bloquait que le membre inférieur droit et pas la hanche, l'utilisation de deux cannes anglaises et un important surpoids, l'obésité ayant déstabilisé l'équilibre initialement acquis. Même à admettre sur cette base un besoin d'aide pour se déplacer, il n'en demeure pas moins que, là encore, le surpoids à lui seul n'entraîne pas de perte d'autonomie mais que c'est bien l'interaction entre l'obésité et les séquelles de poliomyélite qui est problématique. A contrario, sans séquelles de poliomyélite, l'assurée n'aurait besoin de se servir ni d'une orthèse ni de cannes pour ses déplacements et n'aurait, toute évidence, pas besoin d'une aide spécifique pour se mouvoir du seul fait de son surpoids – à l'instar de la plupart des personnes présentant un tel surpoids sans pour autant pouvoir automatiquement prétendre à un besoin d'assistance relevant de l'impotence. En l'absence de séquelles de poliomyélite, il n'y aurait, en d'autres termes, pas de situation susceptible d'être déséquilibrée par la surcharge pondérale. Il suit de là que le besoin d'aide invoqué est, au final, induit non par la seule obésité mais par l'existence en amont de séquelle de poliomyélite, pour lesquelles les conditions générales d'assurance ne sont pas remplies. On cherche par ailleurs en vain le moindre élément au dossier permettant de retenir que le surpoids de l'assurée engendrerait en tant que tel un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans sa demande d'allocation pour impotent du 15 juillet 2011 (en particulier l'annexe y relative), la recourante s'est en effet prévalu d'un besoin d'accompagnement depuis 2004 pour les travaux ménagers ou les

- 24 - déplacements hors du domicile, en lien essentiellement avec des difficultés motrices dues aux suites de la poliomyélite. Aucun élément n'a par ailleurs été retenu sous cet angle lors de l'enquête du 14 février 2012. Quant aux difficultés de marche mises en avant par l'expert J. _____ dans son rapport du 21 août 2013, elles ne relèvent pas à proprement parler d'un besoin d'accompagnement et ne peuvent quoi qu'il en soit – là non plus – être dissociées des séquelles de la poliomyélite, l'expert ayant pour l'essentiel indiqué que la situation prévalant jusqu'alors avait été déstabilisée par l'obésité, celle-ci apparaissant ainsi comme un facteur d'influence défavorable pour les séquelles de poliomyélite. De fait, si l'on suit le raisonnement de l'expert, les difficultés de locomotion n'auraient pas existé sans les séquelles de poliomyélite et n'auraient conséquemment pas pu être impactées par l'obésité. Dans ces conditions, même à admettre l'existence d'un besoin d'accompagnement durable, il reste que celui-ci trouve son origine non pas dans la surcharge pondérale de l'assurée mais dans les séquelles de poliomyélite dont cette dernière est affectée et qui sont exclues de prise en charge en l'absence de réalisation des conditions générales d'assurance. Quant aux pièces médicales recueillies suite à l'arrêt cantonal de renvoi du 18 juin 2015, elles sont axées sur l'origine, respectivement les conséquences médicales de l'obésité et ne comportent aucune indication susceptible d'infirmes les considérations ci-avant du point de vue de l'impotence. c) Il découle de ce qui précède que l'obésité à elle seule n'engendre aucune perte d'autonomie et que, par conséquent, la recourante ne peut prétendre à une allocation pour impotent du fait de son surpoids. C'est

dès lors à juste titre que cette prestation lui a été refusée. La décision attaquée doit par conséquent être confirmée dans son résultat.

- 25 - 6. a) En conclusion, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). Compte tenu des circonstances de la présente affaire, qui procède du renvoi opéré le 18 juin 2015 pour évaluer le caractère invalidant de l'obésité dans le cadre d'un litige portant sur l'octroi d'une allocation d'impotence, il est toutefois renoncé à percevoir des frais de procédure en l'occurrence (art. 50 LPA-VD). Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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