VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 335 vom 19. Februar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2010___335

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 335 du 19 février 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 335 del 19 febbraio 2010

Regeste

ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, IMPOTENCE LÉGÈRE, AIDE D'AUTRUI, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | 42 LAI, 69 al. 1bis LAI, 37 RAI, 38 al. 1 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 19.02.2010 Arrêt / 2010 / 335

ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, IMPOTENCE LÉGÈRE, AIDE D'AUTRUI, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | 42 LAI, 69 al. 1bis LAI, 37 RAI, 38 al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 624/08 - 98/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 19 février 2010 _____ Présidence de Mme Röthenbacher Juges : M. Neu et Mme Di Ferro Demierre Greffier : Mme Parel ***** Cause pendante entre : P._____ , à Territet, recourante et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé _____ Art. 42 et 69 al. 1bis LAI; 37 et 38 al. 1 RAI E n f a i t : A. Par requête du 1 er octobre 2001, P._____, née en 1976, a requis l'octroi d'une rente AI. Mère d'une enfant née en 1995, l'assurée a indiqué être en totale incapacité de travail depuis 1995, tout en mentionnant exercer une activité d'aide au ménage depuis le 31 juillet 2001, à raison de 80 heures par mois. Elle a déclaré souffrir de la maladie de Scheuermann et de dépression. Les éléments suivants ressortent du rapport médical établi le 2 octobre 2002 par les Drs V._____ et L._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès du Centre d'accueil et de traitement psychiatrique W._____ : "(…) Diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail : Trouble anxieux et dépressif mixte F41.2 Personnalité émotionnellement labile de type borderline F60.31 (…) Discussion Il s'agit donc d'une patiente de 26 ans qui peu après la fin de sa scolarité (Ecole hôtelière) a rencontré des difficultés d'insertion dans son activité professionnelle, qui ont abouti à des conflits avec son employeur et au licenciement. Dans ce contexte la patiente a présenté une symptomatologie floride anxieuse, dépressive avec expression somatique et des troubles du comportement. De plus, elle s'est perçue comme victime des exigences jugées démesurées de son employeur. Dans notre consultation on constate principalement un arrière-plan de symptômes anxieux et dépressifs, un comportement hyperactif, impulsif, un dysfonctionnement au niveau de la gestion des émotions et des actes, une intolérance importante à la frustration ou à la confrontation et des troubles du contenu de la pensée. Il s'agit d'un trouble sévère de personnalité émotionnellement labile de type borderline. Les ressources de la patiente paraissent limitées, marquées par l'immaturité affective et intellectuelle. La demande AI illustre bien ce fonctionnement, la patiente l'ayant faite sans

un traitement préalable et sans concertation avec ses médecins. Elle reste à notre avis néanmoins pertinente, dans la mesure où il s'agit d'un trouble psychique sévère pouvant impliquer des limitations professionnelles. Nous ne pouvons donc pas nous prononcer sur la capacité de travail actuelle de la patiente ni préciser les limitations de sa capacité à plus long terme, car le suivi à la policlinique a été trop court. (…)" Le 16 avril 2005, le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a déposé son rapport d'expertise. Il y indique notamment ce qui suit : "(…) VII. Discussion : Il s'agit dans la situation à évaluer d'une femme de 29 ans qui a un passé médical déjà relativement touffu. Il existe sur le plan somatique diverses hospitalisations antérieures (mais dont nous ne connaissons pas les détails) avec des probables troubles fonctionnels d'une part, d'autre part en lien avec une hyperobésité développée depuis de nombreuses années. Selon l'anamnèse, il est ici possible qu'une interaction avec des comportements alimentaires compulsifs et pathologiques ait déjà eu lieu à l'époque. Cette affection conduit finalement et après de nombreuses recherches peri-opératoires à l'intervention par un by-pass gastrique en 2002. Cette opération permet une forte régression du poids, avec, en conséquence, une nette amélioration de la situation dorsale et psychologique (image d'elle-même). Du côté psychiatrique, l'anamnèse est très décousue; il existe selon l'anamnèse déjà plusieurs interventions précoces et préalables, mais qui ne sont ni clairement documentées, ni clairement "saisissables" à travers les descriptions relativement confuses de l'assurée. Néanmoins, on peut partir du principe que ces perturbations antérieures sont absolument crédibles. Avec une "rétroprojection" de l'état actuel et les informations de ces trois dernières années, il se dégage une évidence que cette personne a été depuis longtemps perturbée sous forme de troubles alimentaires, de fluctuations émotionnelles et divers dérapages par rapport à la réalité et une insertion normale dans celle-ci. (…) La réalité psychiatrique est par contre relativement sombre. Le tableau actuel est toujours, assez parallèle aux descriptions antérieures d'ailleurs, dans un registre de fortes perturbations du cours de la pensée, avec des troubles formels nets, des troubles affectifs importants et une structuration de personnalité plus que problématique, à savoir si important que le seuil clinique est dépassé. (…) Nous avons l'impression que cette assurée, qui fonctionne par à-coups, met actuellement toute son énergie dans le cadrage de sa fille et dans la tentative de se créer une insertion sociales nouvelle, également à l'abri de son ex-amant persécuteur. Il faut ici bien insister sur le fait qu' il ne s'agit pas seulement d'une construction paranoïde ou psychotique, mais que des éléments de la réalité existent dans une proportion absolument anormale, comme les divers documents en témoignent. On peut dire qu'heureusement cette personne est en ce moment entourée et que la première et la deuxième priorité visent simplement de maintenir son intégrité psychocorporelle et celle de sa fille. VIII. Diagnostic et conclusions : (…) 1. Troubles schizo-affectifs à prédominance du type dépressif (F.25.1 dans la Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10). (…) 2. Troubles spécifiques de la personnalité (F60 dans CIM-10) avec des éléments de : - personnalité paranoïaque (F60.= dans CIM-10), - personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31 dans CIM-10), - personnalité dépendante (F60.7 dans CIM-10), - personnalité anxieuse (F60.6 dans CIM-10). L'énumération de ces éléments résume bien le côté polymorphe des expressions pathologiques de cette patiente qui est, répétons-le, sévèrement perturbée au niveau des affects (anxio-dépressifs) et de sa structuration de personnalité, clairement dans un registre d'ordre psychotique. En conséquence, elle est au stade actuel, comme décrit, dans une incapacité de travail totale. C'est seulement l'évolution ultérieure qui pourra, à moyen terme (2 à 3 ans) montrer quelle marge d'évolution existe

véritablement. Pour ceci, un traitement et un suivi cadrant sont indispensables. Ici, lié à son type de personnalité, nous sommes actuellement dans un vide thérapeutique, la patiente ayant opté pour un suivi par un médium et relégué le traitement psychiatrique momentanément. Elle possède toutefois une partie autocritique et d'acceptation où elle affirme vouloir prochainement reprendre contact avec sa psychiatre (…). Dans ce que nous avons décrit, il ne s'agit pas d'un refus de traitement, mais bien d'une rupture liée à sa pathologie-même. (…)" Par décision du 6 juin 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a alloué à l'assurée une rente AI à 100 % dès le 1 er octobre 2000. Le 11 octobre 2007, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent AI. Elle a indiqué que l'impotence avait été causée par une maladie et déclaré qu'elle avait besoin de l'aide régulière et importante d'un tiers pour lui apporter les aliments au lit et les couper, pour mettre en ordre ses vêtements après qu'elle est allée aux toilettes et pour se laver les cheveux; elle a parfois besoin d'aide pour se peigner et se doucher ou se baigner ainsi que pour se déplacer de la chambre au salon (rarement). L'assurée a précisé qu'elle devait manger accompagnée (sinon elle ne mange rien) qu'elle avait recours à un tiers pour porter sa fille, qui pèse plus de 10 kg (elle n'en a plus la force), et pour se déplacer à l'extérieur afin de ne pas risquer de rester bloquée en raison de ses douleurs. L'aide lui est fournie depuis le mois de juillet 2007 par une assistante de [...] à raison de 11 heures par jour. Le rapport d'enquête établi le 13 juin 2008 par l'OAI indique que l'assurée a déclaré avoir développé une aggravation de ses troubles somatiques (douleurs lombaires/maladie de Scheuermann) en raison des séquelles des interventions gastriques pratiquées en 2002 et depuis la naissance de sa seconde fille en décembre 2006, avec une nouvelle aggravation en juillet 2007. Cette aggravation s'exprime par une diminution des capacités physiques, de l'anémie, des douleurs importantes, une diminution de la force de manière généralisée; le moindre effort occasionne des tremblements, palpitations et un sentiment d'oppression, qui coupe l'assurée de toute possibilité d'effort, même simple. L'assurée indique qu'il y a aussi aggravation de ses troubles dépressifs depuis juillet 2007. En ce qui concerne les indications relatives à l'impotence, le rapport indique que l'assurée a besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie : - se vêtir, lors des épisodes de douleurs; généralement, l'assurée peut le faire seule, de façon très lente; - se lever; tout changement de position est possible mais doit être effectué très lentement afin de ne pas occasionner un vertige ou une chute. - préparer ses aliments; à la suite de son intervention gastrique, l'assurée ne peut manger que des aliments mixés; depuis juillet 2007, en raison de l'aggravation de ses troubles, les repas sont confectionnés par son employée; elle peut manger seule, mais la perte de force (mains qui tremblent, perte d'énergie) fait qu'elle met très longtemps pour terminer son repas, s'affale sur la table et doit être encouragée à finir de manger; - se baigner/se doucher; l'assurée indique qu'elle parvient à se laver seule dans la baignoire, mais que, depuis juillet 2007, elle a besoin d'aide pour sortir et se sécher, n'ayant pas suffisamment de force pour y parvenir. - aller aux toilettes; l'assurée est accompagnée jusqu'à la porte des toilettes; ensuite, elle se débrouille seule; lorsqu'elle ressort, l'employée l'aide parfois à retourner au salon ou dans sa chambre. - se déplacer : elle peut se déplacer seule dans l'appartement, mais se tient aux murs et aux meubles; pour arriver jusqu'à son appartement, elle se tient à la rampe d'escaliers qu'elle peut gravir seule; elle est épuisée après cet effort (un escalier et demi); l'assurée possède un véhicule et effectue ses déplacement par ce biais; lorsqu'elle est trop faible, elle laisse sa voiture sur le trottoir devant la maison; - entretenir des contacts sociaux : depuis 2005, l'assurée se déplaçait trois fois par semaine pour rencontrer ses collègues de [...] et effectuer de petites activités; depuis

sa grossesse, elle a réduit ses visites à une fois par semaine; elle a déclaré être bien entourée et recevoir beaucoup de visites de ses collègues de [...], qui sont devenus ses amis et sont comme une famille; - aide pour toutes les activités du quotidien : l'asthénie de l'assurée ne lui donne pas l'énergie d'assumer quotidiennement les tâches ménagères ou éducatives; un minimum de 50 heures par semaine d'aide est nécessaire, en raison de la présence indispensable d'un tiers pour s'occuper des enfants, l'assurée n'étant pas en mesure de le faire seule; - prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante : l'engagement d'une employée durant environ 220 heures par mois, avec un horaire de 9 heures à 20 - 21 heures est nécessaire; elle assume le ménage, les repas, la lessive et la prise en charge de la fille cadette pour un salaire mensuel de 5'000 fr. bruts; lors des congés de l'employée, l'assurée fait appel à des amies ou d'autres personnes; - accompagnement pour les activités et les contacts hors domicile : l'assurée indique avoir besoin de la présence d'un tiers pour tous ses déplacements en voiture; elle ne se sent pas sûre si elle est seule et utilise sa voiture seulement pour de petits trajets, toujours en présence d'un tiers (collègues de [...] par exemple). Lorsqu'elle sort avec ses enfants, elle a également besoin de l'aide d'un tiers pour la surveillance, surtout de la cadette; - aide pour les soins de base : l'assurée doit prendre des médicaments, mais elle oublie parfois, de sorte que c'est son employée qui se charge de s'assurer qu'elle a bien pris ses médicaments; l'assurée indique se rendre aux urgences environ une fois par mois pour des malaises; - besoin d'une surveillance personnelle : une employée est présente de 9 heures du matin à environ 9 heures du soir. Si l'assurée présente une faiblesse importante et bénéficie de l'aide de Mme [...] une bonne partie de la journée, elle ne nécessite pas à proprement parler une surveillance personnelle permanente. Si on ne devait se prononcer que sur les besoins annoncés par l'assurée, celle-ci n'aurait pas besoin d'une présence durant aussi longtemps, si elle n'avait pas un enfant en bas âge mais pourrait bénéficier de prestations spécifiques d'un CMS (réd. : centre médico-social) pour l'aide au ménage, aux repas, à la toilette etc. Le fait de ne pas pouvoir s'occuper de ses enfants seule, implique la nécessité d'une aide à domicile, mais elle n'est pas conditionnée par une surveillance propre de l'assurée. L'OAI relève dans son rapport d'enquête que, s'il peut admettre une aide pour l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il est toutefois difficile d'objectiver des empêchements pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie à proprement parler. Aucun élément d'atteinte à la santé somatique susceptible d'engendrer des limitations fonctionnelles telles que celles que l'assurée a indiquées dans le cadre de l'enquête n'étant disponible, les déterminations du Dr C._____, médecin traitant de l'assurée, ont été requises sur le conseil du SMR (Service médico-régional de l'AI). Dans le rapport médical du 3 juillet 2008, le Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie, indique connaître l'assurée depuis 2002, date à laquelle, il a effectué un By-pass gastrique pour une obésité morbide. A l'époque, la patiente se plaignait déjà de lombalgies chroniques, était connue pour une hernie discale, présentait un asthme ainsi qu'une ronchopathie. L'intervention s'est très bien déroulée et depuis, le suivi a été intermittent. Durant 3 ans, ce spécialiste n'a plus revu l'assurée. Il a relevé ne pas être son médecin traitant mais la suivre sur le plan chirurgical depuis son By-pass gastrique, intervention qui nécessite des contrôles métaboliques et nutritionnels réguliers à très long terme. Le Dr C._____ a finalement revu l'assurée en août 2006. Elle pesait à l'époque 64 kilos et était enceinte de 22 semaines. Elle se plaignait déjà alors d'une faiblesse et de malaises, en particulier lorsqu'elle mangeait des aliments sucrés. Elle présentait une anémie hypochrome sur carence en fer. L'assurée est revenue en consultation durant l'été 2007, se plaignant toujours d'un état de fatigue, d'une asthénie, ainsi que de douleurs dans la région

épigastrique accompagnées de pyrosis et d'un sentiment de reflux. Différentes investigations ont été réalisées, qui n'ont pas montré d'oesophagite, ni de reflux acide, mais en revanche un léger reflux alcalin. Le bilan de laboratoire réalisé en novembre 2007 a montré que l'anémie s'était corrigée. Selon le Dr C._____, il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il s'agit d'une patiente qui a de la peine à se prendre en charge depuis de nombreuses années, qui manque régulièrement ses rendez-vous et qui développe de façon intermittente une anémie lorsque ses carences sont mal compensées. La patiente vient à pied, seule, à la consultation et il n'y a aucune raison pour qu'elle ne puisse accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Elle peut notamment s'habiller et se déshabiller toute seule, s'asseoir et se lever, se coucher toute seule, de même - bien entendu - que manger. Ces éléments donnent à penser que la patiente doit être capable de faire sa toilette et d'aller aux toilettes toute seule. Dès lors qu'elle vient, seule, à pied à la consultation, il doit aussi lui être possible de se déplacer toute seule. Le Dr C._____ a encore relevé que comme la patiente avait dans le passé déjà signalé des malaises, attribués à une hypoglycémie, il est possible qu'elle ait fait un malaise de ce type un jour dans sa baignoire, bien qu'il soit difficile d'en faire la preuve a posteriori. Il a conclu en indiquant qu'il ne voyait pas quelle mesure médicale autre que la compensation régulière des carences alimentaires et un suivi diététique régulier pouvaient améliorer l'état de l'assurée, qu'à son sens, il n'y avait pas d'impotence et aucun moyen auxiliaire à proposer. Par projet de décision du 14 août 2008, l'OAI a alloué à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible dès le 1 er octobre 2006. Il a considéré que le besoin d'aide pour certains actes ordinaires de la vie dont l'assurée faisait état dans sa demande d'allocation pour impotent n'était pas justifié par une atteinte physique. Retenant que l'état de santé psychique de l'assurée induisait un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'OAI a reconnu à l'assurée une impotence légère, en précisant que son droit cette prestation aurait pu lui être reconnu dès octobre 2001, mais que dès lors que la demande avait été formée le 12 octobre 2007 seulement, l'allocation d'impotence ne pouvait lui être octroyée qu'une année avant, soit dès octobre 2006. Par lettre du 28 août 2008, l'assurée a contesté le projet de décision du 14 août précédent, en faisant valoir que son état de santé justifiait une allocation pour impotence grave. Par décision du 28 novembre 2008, l'OAI a confirmé le projet de décision du 14 août précédent. B. Par acte du 15 décembre 2008, P._____ a recouru contre la décision du 28 novembre 2008 de l'OAI lui allouant une allocation pour importance légère dès le 1 er octobre 2006. Elle a implicitement conclu à la réforme en ce sens qu'une allocation pour impotence grave lui est allouée. Par réponse du 13 août 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s’appliquent à l’AI (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'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer

(art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable en la forme. 2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53). En l'espèce, est seul litigieux le degré d'impotence qui a été reconnu à la recourante par l'OAI. 3. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 129 V 1, consid. 1.2). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b; 116 V 246, consid. 1a, et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1; 117 V 287, consid. 4, et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). 4. a) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (al. 3). b) Selon l'art. 42 al. 4, 2e phrase LAI, la naissance du droit à l'allocation pour impotent est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI (c'est-à-dire actuellement, comme le précise une note en pied de page du texte légal, par l'art. 28 al. 1 let. b LAI). Le droit à l'allocation pour impotent ne prend donc naissance que lorsque l'assuré a présenté une impotence durant une année sans interruption notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI; ATF 111 V 226, consid. 3a; 105 V 67). c) Selon l'art. 37 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), dans sa version en vigueur au 1 er janvier 2004 : • 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 (al. 1). • l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (al. 2) : - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a); - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou - d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38. • l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (al. 3) : - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a); - d'une surveillance personnelle permanente (let.

b); - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l’infirmité de l’assuré (let. c); - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu’en raison d’une grave atteinte des organes sensoriels ou d’une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d); ou - d’un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l’art. 38 (let. e). D'après une jurisprudence constante (ATF I 294/00 du 15 décembre 2000 consid. 3a, 121 V 88 consid. 3a, 113 V 17), ainsi que le chiffre 8010 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) au 1er janvier 2008 applicable en l'espèce, sont déterminants les six actes ordinaires suivants : - 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 avec des contacts sociaux). Si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et 1986 p. 507). Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien plutôt qu'elle ne requière cette aide (directe ou indirecte) de façon régulière et importante pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2, 107 V 141 consid. 1d). Conformément à l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d’un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l’art. 42 al. 3 LAI 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; - faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l’accompagnement d’une tierce personne; ou - éviter un risque important de s’isoler durablement du monde extérieur. d) En l'espèce, il ressort du rapport médical établi le 3 juillet 2008 par le Dr C._____ que la recourante ne présente pas d'impotence pour une atteinte somatique. Il expose suivre cette patiente depuis 2002, date à laquelle il a effectué un by-pass gastrique pour une obésité morbide. L'intervention, qui nécessite des contrôles métaboliques et nutritionnels réguliers à très long terme, s'est bien déroulée. Le suivi médical s'est effectué de manière intermittente, ce spécialiste n'ayant plus revu la patiente durant 3 ans. Il l'a finalement revue en août 2006. A l'époque, elle pesait 64 kilos et étaient enceinte de 22 semaines. Elle se plaignait déjà alors d'une faiblesse et de malaises, en particuliers lorsqu'elle mangeait des aliments sucrés. Elle présentait une anémie hypochrome sur carence en fer. L'assurée est revenue en consultation durant l'été 2007, se plaignant toujours d'un état de fatigue, d'une asthénie, ainsi que de douleurs dans la région épigastrique accompagnées de pyrosis et d'un sentiment de reflux. Différentes investigations ont été réalisées, qui n'ont pas montré d'oesophagite, ni de reflux acide, mais d'un léger reflux alcalin. Le bilan de laboratoire effectuée en novembre 2007 a montré que l'anémie était corrigée. Ainsi, selon le Dr C._____, il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé de la recourante. Il s'agit d'une patiente qui a de la peine à se prendre en charge depuis de nombreuses années, qui manque régulièrement ses rendez-vous et qui développe de façon intermittente une anémie lorsque ses carences sont mal compensées. Il relève qu'elle vient à pied seule à sa consultation et qu'il n'y a aucune raison pour laquelle elle ne pourrait accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Elle

peut notamment s'habiller et se déshabiller toute seule, s'asseoir et se lever, se coucher toute seule, de même que manger. Ces éléments donnent à penser au Dr C._____ que la recourante doit être capable de faire sa toilette et d'aller aux toilettes toute seule. Certes, le rapport d'enquête de l'OAI du 12 juin 2008 fait état de toutes sortes de limitations ou de difficultés dans tous les actes ordinaires de la vie quotidienne. Il s'agit toutefois des plaintes de la recourante elle-même, qui ne sont pas corroborées par le rapport médical de son médecin traitant, ni objectivées par les constats de l'enquêtrice. Celle-ci indique d'ailleurs que, s'il est admissible que la recourante a besoin d'une aide et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il est en revanche difficile d'objectiver les empêchements pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie à proprement parler. Ainsi, alors que la recourante indique souffrir d'une faiblesse extrême, qui l'empêche de se déplacer sans se tenir aux meubles ou l'aide d'un tiers, de sortir de la douche et de se sécher ou de préparer les repas et de manger, il est mentionné qu'elle possède un véhicule qu'elle utilise pour effectuer ses courses et se rendre chez ses collègues de [...] environ une fois par semaine. Dans ses conclusions, l'enquêtrice relève plus particulièrement que la nécessité d'une aide à domicile à raison de 50 heures par semaine n'est pas conditionnée par une aide ou une surveillance propre de la personne de l'assurée, mais par le fait que celle-ci n'est pas en mesure de s'occuper de ses deux filles, qu'elle élève seule. Au vu des éléments qui précèdent, il faut considérer que si la recourante a, en raison de son état de santé psychique, effectivement besoin d'aide pour faire face aux nécessités du quotidien, en particulier pour les soins et l'éducation de ses filles, ce qui justifie l'octroi d'une allocation pour impotence légère (art. 37 RAI), aucun élément du dossier ne fait état d'atteintes somatiques telles qu'on se trouverait en présence d'une impotence d'un degré plus important. 5. En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge de la recourant/e (art. 69 al. 1bis LAI, 49 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 28 novembre 2008 est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante P._____. IV. 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 : ■ P._____, à Territet ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey - Office fédéral des assurances sociales, à Berne par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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