

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4276/2009

ATAS/225/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 9 mars 2010**

En la cause

Madame R \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, représentée par \_\_\_\_\_  
Madame S \_\_\_\_\_, CAP Protection juridique SA

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE \_\_\_\_\_  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame R\_\_\_\_\_ (ci-après: la recourante), d'origine portugaise, née en 1961, a été employée, en dernier lieu, par l'établissement médico-social X\_\_\_\_\_ en qualité de lingère-repasseuse.
2. Le 8 mars 1999, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l' OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après: OAI), visant l'octroi d'une rente, en raison d'une obésité morbide.
3. En raison d'une obésité morbide avec un indice de masse corporelle (ci-après : BMI) de 56 kg/m<sup>2</sup>, pour laquelle la recourante a subi, le 2 février 1999, une intervention chirurgicale tendant à la pose d'un by-pass gastrique, d'un syndrome d'apnées du sommeil, de lombalgies chroniques et d'un syndrome du tunnel carpien, impliquant une incapacité totale de travail à partir du 13 janvier 1998, pour une durée indéterminée, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à la recourante à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1999, prévoyant une révision au 1<sup>er</sup> février 2000.
4. Par pli du 15 décembre 2000, l'OAI a adressé un questionnaire pour la révision de la rente à la recourante, laquelle a indiqué que son état de santé s'était amélioré depuis août 1999, dans le sens d'une perte de poids, mais que l'aide de tiers restait indispensable pour accomplir les actes ordinaires.
5. Dans un rapport médical du 22 février 2001, la Dresse A\_\_\_\_\_ fait état d'une amélioration de l'état de santé de la recourante. Elle retient comme diagnostic une obésité morbide avec un BMI de 43,1 kg/m<sup>2</sup>, des lombalgies et des gonalgies ainsi qu'une anémie sur malabsorption de fer. Elle atteste d'une incapacité de travail à partir du 13 janvier 1998, en faisant état d'un bon pronostic à long terme.
6. Le 14 mars 2001, l'OAI a informé la recourante que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à une rente d'invalidité et que son droit à une rente entière d'invalidité serait maintenu en conséquence.
7. Le 1<sup>er</sup> septembre 2005, l'OAI a rendu une décision supprimant la rente d'invalidité de la recourante, au motif que son degré d'invalidité, fixé à 1,2 %, était insuffisant pour maintenir son droit à une rente. L'assurée a recouru contre cette décision.
8. Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 13 juillet 2005, le Dr B\_\_\_\_\_ diagnostique, comme atteintes ayant une répercussion sur la capacité de travail, des rachialgies dans le cadre de troubles statiques du rachis, une périarthrite de hanche bilatérale et des gonalgies bilatérales avec syndrome rotulien droit. Parmi les atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, il retient des douleurs du pied gauche dans le cadre de troubles statiques des pieds, une obésité et un status 4 mois après rectopexie. Il indique qu'entre janvier 1998 et novembre

2004, la recourante présentait une incapacité totale de travail et qu'elle présente, depuis lors, une capacité de 70 % dans l'activité de lingère-repasseuse et de 100 % dans une activité adaptée. Il explique que ses conclusions s'éloignent de celles qui avaient conduit à l'obtention d'une rente d'invalidité entière, probablement en raison de l'amélioration des douleurs qui a suivi la deuxième intervention intestinale. Selon l'expert, on peut probablement faire remonter cette amélioration à novembre 2004.

9. Dans son rapport d'expertise en médecine interne du 7 septembre 2007, le Dr C\_\_\_\_\_ relève que la recourante se plaint de douleurs au niveau péritrochantérien, digestif, urinaire, cardiovasculaire, pulmonaire, neurologique et psychologique et expose précisément en quoi elles consistent. Il présente, ensuite, son status clinique général, cardio-vasculaire, pulmonaire, abdominal et neurologique. Il pose comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une périarthrite de hanche bilatérale, des rachialgies non spécifiques et des gonalgies bilatérales. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il retient une obésité avec un BMI de 39,9 kg/m<sup>2</sup>, un status après by-pass gastrique complété par un raccourcissement de l'anse dite absorptive, une stéatorrhée sur syndrome de l'intestin grêle court, un status après cure de rectocèle, un status après hystérectomie et cure de cystocèle, une récurrence actuelle de cystocèle, un possible syndrome de tunnel carpien gauche et une cardiomyopathie débutante avec valvulopathie aortique et mitrale et valvulopathie tricuspide non significative. Dans l'appréciation de son cas, il précise, s'agissant des diarrhées fréquentes, que la fréquence des défécations postopératoires immédiate est généralement de l'ordre de 10 à 15 fois par jour mais qu'elle diminue avec le temps. Il ajoute que, dans le cas de la recourante, la fréquence des selles devrait pouvoir être contrôlée par la diète et l'utilisation d'enzymes pancréatiques ainsi que par le traitement de cholestyramine censé réduire la déperdition d'acide biliaire. S'agissant de la stéatorrhée, il indique qu'elle pourrait être prévenue par le remplacement des graisses alimentaires par des triglycérides, à chaîne moyenne mieux résorbable, en plus de l'administration d'enzymes pancréatiques. Pour ce qui concerne les vomissements persistants, il préconise de limiter les aliments très riches en sucre. Selon lui, une surveillance métabolique s'impose à la recherche d'une dénutrition protéique, d'un hyperparathyroïdisme secondaire et d'une hyper-oxalurie avec constitution de calculs rénaux. Il relève que si la recourante présente des facteurs de risque cardiovasculaires, elle est, de ce point de vue, asymptomatique. Sur cette base, il conclut que, globalement, l'obésité et ses suites, ainsi que les complications de la chirurgie malabsorptive, notamment sous la forme des conséquences de l'intestin court, ne déterminent pas d'handicap significatif dans une vie professionnelle. Concernant les limitations fonctionnelles, il indique qu'elles sont essentiellement d'ordre rhumatologique et renvoie à l'expertise du 13 juillet 2005 sur ce point. Il précise, par ailleurs, qu'en raison des diarrhées, un accès facilité aux lieux d'aisance doit être assuré. À la question de savoir comment les troubles

diagnostiqués agissent sur l'activité exercée jusqu'ici, l'expert répond "que ceux-ci découlent des limitations fonctionnelles définies lors de l'expertise rhumatologique". S'agissant de la capacité résiduelle de travail, il indique qu'elle est de 70 % et que l'activité exercée jusqu'à ce jour peut être exigée à 50 %. Il lui est, par ailleurs, demandé depuis quand la recourante présente une incapacité de travail de 20 % au moins et comment ce degré a évolué depuis lors, ce à quoi il répond qu'une incapacité de travail d'au moins 20 % existe depuis janvier 1998 et que cette capacité de travail est de 70 % à partir de novembre 2004.

10. L'OAI avait aussi mandaté les HUG en vue d'une expertise en gynécologie. Dans un rapport médical du 25 janvier 2007, la Dresse D \_\_\_\_\_, médecin adjointe au département de gynécologie et d'obstétrique des HUG indique que la recourante présente une récurrence de sa cystocèle et une dyspareunie profonde, mais que ces troubles ne contre-indiquent pas à eux seuls une activité professionnelle.
11. Par arrêt du Tribunal de céans du 11 novembre 2008 (A/3227/2008), confirmé par arrêt du Tribunal Fédéral du 14 juillet 2009, le recours de l'assurée contre la suppression de la rente a été rejeté. Le Tribunal a considéré qu'il convenait de suivre les conclusions des trois experts, qui étaient convergentes. Il ressortait de la synthèse de leurs expertises que la recourante présentait une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle de lingère-repasseuse et de 100 % dans une activité adaptée dès novembre 2004.
12. Le 10 avril 2009, le recourante a déposé une demande d'allocation pour impotent AI auprès de l'OAI. Les affections en traitement de 1998-1999 à ce jour mentionnées dans la requête sont "obésité morbide, lombalgies, malabsorption du fer, opération du by-pass gastrique, rectocèle, cystocèle, diarrhées chroniques, fissures annales". Le recourante a indiqué:
  - avoir besoin de l'aide de ses proches pour de nombreux actes de la vie courante, en particulier, se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir et se coucher, apporter le repas au lit, se laver, se coiffer, se baigner, mettre en ordre ses habits après être allée aux toilettes, se déplacer dans l'appartement, à l'extérieur, entretenir des contacts sociaux;
  - nécessiter une surveillance personnelle: ses proches rentrent le plus vite possible du travail et lui téléphonent durant la journée pour s'assurer qu'elle va bien;
  - devoir rester couchée, assise ou à quatre pattes 20 heures par jour, la position debout n'étant tolérable que durant 30 minutes;
  - avoir besoin d'un accompagnement durable et régulier pour tous les actes de la vie: son mari et ses filles s'occupent du ménage, des repas et des courses;

- nécessiter des prestations afin de vivre chez elle: sans ses proches, qui se chargent de toutes les tâches, elle ne pourrait vivre seule;
- nécessiter la présence régulière de tiers pour éviter l'isolement durable du monde extérieur: elle ne voit personne sauf sa famille proche, qui vit avec elle ou lui rend visite à domicile. Environ cinq fois par semaine, elle doit rester couchée ou à quatre pattes pour soulager son rectum qui est douloureux.

La recourante a précisé dans le questionnaire que *"tous ces besoins existent depuis mes problèmes d'obésité et donc dès 1998-1999. En perdant du poids, certains se sont améliorés, mais dès mai 2004, suite à ma deuxième opération et aux problèmes conséquents, toute ces nécessités sont revenues plus fortement"*.

13. Le Dr A\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a confirmé dans son rapport médical du 20 mai 2009 l'obésité morbide (dès 1988), les diarrhées chroniques (dès 2004), la cardiomyopathie (dès 2006) et l'état anxio-dépressif (dès 2006) ainsi que les indications de l'assurée concernant son incapacité à effectuer les actes ordinaires de la vie. Elle a précisé que l'état de santé pouvait être amélioré par l'opération prévue le 4 mai 2009 pour diminuer les diarrhées, sans garantie ainsi que par un suivi psychothérapeutique de soutien en cours. Elle fait état d'une aggravation au niveau psychologique et sur le plan des diarrhées chroniques.
14. Par avis médical du 30 juillet 2009, le SMR a estimé qu'à défaut d'affection durablement incapacitante, la demande de prestations pour impotent ne pouvait être honorée. Une enquête à domicile permettrait de vérifier l'impotence, mais seulement si l'invalidité était reconnue. Or, tel n'était pas le cas, les affections présentées étaient les mêmes que lors de la procédure ayant abouti à la suppression de la rente AI.
15. Le 13 août 2009, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision de rejet de la demande de prestations pour impotent.
16. Dans ses observations du 14 septembre 2009, l'assurée a dressé la liste des actes pour lesquels elle a besoin d'aide et elle a conclu à l'octroi d'une allocation pour impotence moyenne avec effet rétroactif sur cinq ans, dès lors que cette aide était nécessaire pour quatre actes ordinaires de la vie au moins. Elle a proposé que l'OAI examine son quotidien pour se convaincre.
17. Le 14 octobre 2009, une infirmière de l'OAI a procédé à une visite chez la recourante, afin de constater les besoins d'aide. Le rapport d'enquête à domicile mentionne les constatations faites par l'infirmière de l'OAI, mais surtout les indications données par la recourante lors de la visite. Le rapport répond par la négative à la question de savoir si l'assurée a besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie, et cela pour chacun des actes visés. Chaque acte ordinaire est examiné et

lorsque l'assurée affirme ne pouvoir l'exécuter, le rapport mentionne soit *"le besoin d'aide ne peut pas être pris en compte en l'absence de diagnostic médical pouvant expliquer les douleurs"*, soit encore *"l'aide d'un tiers (pour se déplacer à l'extérieur) ne peut pas améliorer le handicap généré par les troubles digestifs"*.

18. Par décision du 23 avril 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande d'allocation pour impotent. La décision est motivée par l'absence d'affection durablement invalidante sur le plan médical qui expliquerait les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne. En particulier, ni l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ de 2007, ni le rapport médical de la Dresse A\_\_\_\_\_ du 20 mai 2009 ne faisaient état de problèmes rhumatologiques pouvant expliquer les douleurs multiples dont se plaint l'assurée.
19. Par acte du 27 novembre 2009, l'assurée a formé recours contre la décision de refus. En substance, elle fait valoir que la loi n'exige nullement que les affections dont souffre l'assurée soient incapacitantes ou invalidantes pour qu'une impotence soit reconnue. Ainsi et dès lors qu'une personne invalide n'est pas forcément impotente, a contrario (sic) une personne impotente n'est pas forcément invalide.
20. Par courrier du 4 janvier 2009, l'OAI a confirmé que le droit à une allocation pour impotent ne pouvait pas être reconnu puisque seules des douleurs ressenties et non objectivées médicalement permettaient d'expliquer les empêchements rencontrés dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.
21. Sur demande du Tribunal et par pli du 19 janvier 2010, la dresse A\_\_\_\_\_ a donné des précisions. L'aggravation des diarrhées chroniques datait de mai 2004, l'opération pratiquée le 4 mai 2009 avait apporté une amélioration de 70% avec une diminution des diarrhées, avec 4 à 5 selles par jour. Par ailleurs, la patiente avait besoin d'aide uniquement pour la douche et pour s'habiller en raison de multiples douleurs ostéo- articulaires et de son obésité morbide (110 kg pour 156 cm, soit un BMI de 45,2 kg/m<sup>2</sup>).
22. Une audience comparution personnelle des parties a eu lieu le 9 février 2010.

L'assurée a déclaré: "Depuis l'intervention chirurgicale de mai 2009, la fréquence des selles est passée de 20-25 par jour à 7-10 par jour. S'agissant des actes courants de la vie, je peux difficilement entrer dans la baignoire, je ne peux pas atteindre mes pieds et je perds l'équilibre : j'ai donc besoin d'aide pour la douche. J'ai des douleurs aux hanches, aux genoux, aux épaules, aux mains, même la nuit lorsque je suis couchée. Les douleurs aux mains font que je lâche les assiettes. On m'a proposé une opération du tunnel carpien, mais je crains les effets secondaires.

Je parviens généralement à enfiler les habits du haut, mais pas ceux du bas. Si je n'ai pas mal, je parviens à atteindre mes chevilles, mais ensuite je ne parviens pas à me redresser, en raison du mal de dos. J'ai pris connaissance de l'avis de la Dresse

A\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2010, qui estime que j'ai besoin d'aide uniquement pour la douche et pour m'habiller. Je précise que c'est bien ce que je lui ai dit, mais ça n'est pas la réalité, j'essaie de me convaincre que j'y arrive. Je parviens à faire l'essentiel de ma toilette au lavabo, mais en raison de ma corpulence, je dois me doucher fréquemment, ce que je fais avec l'aide de mon mari. Je confirme que j'ai minimisé la situation auprès de la Dresse A\_\_\_\_\_. Ainsi, ce sont tous les actes courants qui sont douloureux. Je peux cuisiner mais j'ai peur de me brûler. Je ne veux pas attirer la pitié et j'aimerais que cela aille mieux.

L'infirmière qui a diligenté l'enquête a domicile a indiqué: " Je ne conteste pas que l'assurée ait des douleurs. Par contre, ces douleurs ne s'expliquent pas par les maladies reconnues. Lors de l'enquête, je suis en effet partie de l'a priori qu'il n'existait pas de droit à l'allocation pour impotent, sur la base des avis médicaux du dossier. Je ne peux pas me prononcer sur les douleurs exprimées. Toutefois, le Dr B\_\_\_\_\_ a spécifié que la mobilité était entière. C'est sur cette base-là que je dois fonder mon rapport, ce d'autant plus qu'une capacité de travail de 70 % avait été retenue dans l'activité de lingère"

La représentante de l'OAI a confirmé que, selon elle, la maladie doit être invalidante pour qu'un droit à une allocation pour impotent existe.

23. A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Conformément à son art. 2, les dispositions de la LPGA sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient.
3. Le présent recours, interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, est recevable (art.56 à 60 LPGA).
4. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir s'il est nécessaire que les affections à la santé de l'assurée soient invalidantes pour donner droit à une allocation d'impotent.

---

5. 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.

6. a) 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 (art. 9 LPGA). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

b) Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (art 42 al. 3 LAI).

c) Selon l'art. 37 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), il y a impotence de degré faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir *au moins deux actes ordinaires de la vie*;
- d'une *surveillance personnelle permanente*;
- de façon permanente, de *soins particulièrement astreignants*, exigés par l'infirmité de l'assuré;
- de *services considérables et réguliers de tiers* lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou
- d'un *accompagnement durable* pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, c'est-à-dire lorsque l'assuré *majeur* ne vit pas dans une institution mais ne peut, en raison d'une atteinte à la santé,
  - (a) vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne,
  - (b) faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne, ou
  - (c) éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur.

N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié à ces situations. En particulier, les activités de représentation et d'administration dans le cadre de mesures tutélaires ne sont pas prises en compte (art. 38 al. 3 RAI).

d) Il y a impotence de degré moyen (art. 37 al. 2 RAI) 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* (au moins quatre, selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 8009);
- 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

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.

e) Selon la jurisprudence, les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines:

- a. se vêtir et se dévêtir;
- b. se lever, s'asseoir, se coucher;
- c. manger;
- d. faire sa toilette (soins du corps);
- e. aller aux toilettes;
- f. se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, établir des contacts; ATF 124 II 247 ss; 121 V 90 consid. 3a et les références).

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Ce principe est en particulier applicable lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité d'accomplir l'acte consistant à aller aux toilettes (ATF 121 V 95 consid. 6c ; ATF 121 V 94 consid. 6b et les références). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et RCC 1986 p. 507; ch. 8013 CIIAI).

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

un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ch. 8026 CIIAI).

f) La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé.

Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule. La nécessité de surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (ch. 8035 CIIAI).

g) Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (chiffre 8045 CIIAI).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI).

Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

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

7. a) La loi s'interprète tout d'abord selon sa lettre. Il n'y a lieu de déroger au sens littéral d'un texte clair par voie d'interprétation que lorsque des raisons objectives permettent de penser que ce texte ne restitue pas le sens véritable de la disposition en cause. De tels motifs peuvent découler des travaux préparatoires, du but et du

sens de la disposition, ainsi que de la systématique de la loi. Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégageant de tous les éléments à considérer (ATF 130 II 71 consid. 4.2, 130 V 50 consid. 3.2.1, 232 consid. 2.2 et les références).

b) Le texte des articles 42 LAI et 9 LPGA est en substance: la personne qui a besoin d'aide, en raison d'une atteinte à la santé, est impotent. La loi n'indique pas, en cas d'atteinte à la santé physique, qu'il est nécessaire que cette atteinte ait pour conséquence une incapacité de gain (art. 7 LPGA), présumée permanente ou de longue durée et qu'une invalidité soit reconnue (art. 8 LPGA). Si telle avait été la volonté du législateur, il l'aurait spécifié, à l'instar de ce qui est expressément prévu en cas d'atteinte à la santé psychique, pour laquelle l'impotence est reconnue seulement si l'assuré a droit à un quart de rente au moins et par conséquent être invalide à 40% au minimum. Il faut donc admettre que le texte de la loi est clair et ne permet pas plusieurs interprétations.

Ainsi, la condition suffisante, mais nécessaire, à la reconnaissance de l'impotence est l'existence d'une atteinte à la santé physique qui a des répercussions sur la capacité d'effectuer les actes ordinaires de la vie et pour conséquence le besoin permanent d'aide. Cette atteinte n'est toutefois pas nécessairement invalidante au sens de l'article 8 LPGA.

8. 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
9. En l'espèce, la recourante fonde le besoin d'aide sur les douleurs ressenties au niveau des mains, des hanches, des épaules, des genoux et du dos, ainsi que sur la fréquence des diarrhées. Les expertises faites en 2005 et 2007 dans le cadre de la procédure A/3227/2008 ont permis d'établir que son état de santé est stabilisé depuis novembre 2004, date à partir de laquelle, l'assurée dispose à nouveau d'une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

Ainsi, l'aggravation des diarrhées depuis mai 2004 a été prise en compte dans l'évaluation de l'état de santé par les experts. Par ailleurs, le médecin traitant ne mentionne aucune autre aggravation de l'état de santé postérieurement à mai 2004.

On doit donc admettre que les atteintes à la santé admises dans le cadre de la procédure A/3227/2008 sont déterminantes pour le cas d'espèce, car l'état de santé de l'intimée n'a subi aucune modification significative depuis la dernière décision, entrée en force et qui repose sur un examen matériel du droit et une constatation des faits pertinents.

Les expertises effectuées en 2005 et 2007, ainsi que le courrier du médecin traitant du 19 janvier 2010 permettent de retenir les diagnostics et limitations fonctionnelles suivants:

Du point de vue rhumatologique:

- Diagnostics: une périarthrite de hanche bilatérale, des rachialgies non spécifiques et des gonalgies bilatérales, avec une répercussion sur la capacité de travail;
- Limitations pour le rachis: nécessité d'alterner la position assise et debout deux fois par heure, impossibilité de soulever régulièrement des charges de plus de 8 kg, de porter des charges de plus de 12 kg, de travailler en porte-à faux statique prolongé du tronc;
- Limitations pour les genoux et hanches: impossibilité de faire des genuflexions répétées, de franchir régulièrement des escabeaux, échelles ou escaliers et de marcher plus d'une demi heure de suite.

Du point de vue interne et intestinal:

- Diagnostics: une obésité avec un BMI de 39,9 kg/m<sup>2</sup>, aggravé à 45,2 kg/m<sup>2</sup>, un status après by-pass gastrique complété par un raccourcissement de l'anse dite absorptive, une stéatorrhée sur syndrome de l'intestin grêle court, un status après cure de rectocèle, sans répercussion sur la capacité de travail;
- Limitations: diarrhées avec émission de selles de 10 à 15 fois par jour depuis mai 2004, et amélioration avec 4 à 5 selles par jour depuis mai 2009.

10. Sur cette base, il apparaît que le besoin d'aide allégué par la recourante pour la plupart des actes de la vie courante n'est pas justifié par les limitations fonctionnelles retenues et consécutives aux affections admises.

En premier lieu, les limitations fonctionnelles dues à l'état de santé et admises par les experts n'empêchent pas la recourante de se lever, de s'asseoir et de se coucher, ni de préparer ses repas et de manger, ni encore de marcher à l'intérieur de son logement ou de sortir, ni même de se vêtir et de faire sa toilette. En effet, aucune limitation fonctionnelle concernant les gestes nécessaires pour entrer dans la douche deux à trois fois par semaine (étant précisé qu'il ne s'agit pas de "*franchir régulièrement un escabeau ou une échelle*"), pour se laver dans la douche ou assise devant un lavabo et pour s'habiller ne sont retenus. Il en va de même de la fréquence des selles, qui est certes gênante, mais qui n'entrave aucun de ces actes quotidiens dont l'exécution, au demeurant, ne serait pas améliorée par l'aide d'un tiers.

Le médecin traitant estime que l'aide est nécessaire pour deux actes de la vie (se doucher et s'habiller), ce qui ouvrirait le droit à une allocation pour impotence légère au lieu de moyenne, en raison des multiples douleurs ostéo-articulaires et de l'obésité. Toutefois, cette position ne permet pas de s'écarter de l'avis des experts. En effet, le médecin a considérablement varié dans son appréciation de la situation. En mai 2009, elle a confirmé tous les actes de la vie que sa patiente disait ne pouvait effectuer seule, la grande majorité en raison de l'obésité et les douleurs articulaires, et en janvier 2010, elle a limité le besoin à deux actes, alors qu'il n'y a aucune modification de l'état de santé du point de vue ostéo-articulaire.

Les affirmations de l'assurée quant au fait qu'elle aurait minimisé le besoin d'aide, sont en totale contradiction avec les plaintes exprimées en audience et ne sont pas déterminantes. En effet, les douleurs ressenties par l'assurée et causant les limitations qu'elle décrit ne sont pas remises en cause. Par contre, du point de vue médical, ces douleurs et leurs conséquences ne sont pas objectivables, de sorte qu'il y a lieu de retenir qu'elles ne sont pas la conséquence des atteintes à la santé retenues par les trois experts.

En second lieu, les appels téléphoniques réguliers de la famille et ses visites au domicile de l'assurée plutôt qu'à l'extérieur ne constituent, à l'évidence, ni une surveillance personnelle, ni une présence régulière visant à éviter l'isolement, ni un accompagnement durable pour tous les actes de la vie, au sens de la loi.

Pour terminer, le Tribunal ne met pas en doute le fait que l'assurée ne parvient pas, sans aide, à se vêtir entièrement et à se doucher. Toutefois, ces limitations ne peuvent pas être mises en lien avec une maladie objectivée, ce qui justifie de refuser l'allocation d'impotence demandée.

Ainsi, la situation de la recourante ne remplit aucune des conditions de l'article 37 alinéa 3 RAI, de sorte que l'OAI est fondé à lui refuser une allocation d'impotent.

11. Le recours, mal fondé, doit être rejeté. Vu l'issue du litige, un émolument de 200 fr. est mis à charge de la recourante.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante .
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le