

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 juillet 2011

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Trachsel

* * * * *

Cause pendante entre :

V._____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 8, 21 LAI; 2 OMAI

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1961, a déposé le 23 mars 1992 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à une orientation professionnelle ou à l'octroi d'une rente et indiquant quant au genre de l'atteinte "*hernies discales L3/L4/L5 S1/S2*". A la suite de cette demande, par prononcé du 2 mars 1994, elle a bénéficié d'un reclassement professionnel et a perçu des indemnités journalières pour une formation d'assistante médicale. Elle a obtenu le 12 février 1996 un diplôme de secrétaire médicale.

B. Le 5 mai 1998, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations AI, sollicitant l'octroi d'une rente et précisant quant au genre de l'atteinte "*hernies discales à répétition depuis le 13.3.98 pose de deux prothèses dorsales lombaires*". Cette demande a été rejetée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), par décision du 17 décembre 2001. La motivation de cette décision était en substance la suivante:

"Vous avez bénéficié de mesure professionnelles avec indemnités journalières AI jusqu'en 1996, puis vous avez touché des prestations de l'assurance-chômage. A l'issue de la formation entreprise, vous ne présentiez pas de préjudice économique, la profession apprise vous aurait permis de prétendre à un salaire supérieur à celui que vous receviez dans votre ancienne profession. Par courrier du 1^{er} mai 2001, nous vous avons demandé de nous fournir la copie de vos trois dernières fiches de salaires, que nous n'avons pas reçues à ce jour. Nous avons vérifié vos cotisations AVS-AI et constatons que votre revenu en l'an 2000 s'est monté à 61'683.-, nous en concluons que vous travaillez actuellement. Vous ne présentez donc pas de préjudice économique et des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires".

C. Le 19 septembre 2006, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Elle relevait ce qui suit quant au genre de l'atteinte: "*5 hernies discales (3 prothèses) - by-pass thérapeutique - ablation de la vésicule biliaire - poche stomacale - infiltration genou - rhumatisme - incontinence (selles et urines) - dépression*".

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a requis la production du dossier de l'assurée auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA) (ci-après: la caisse), duquel il ressortait entre autre que l'assurée avait chuté à son domicile avec réception sur le bras gauche en extension (elle avait été tirée par son chien), le 16 juin 2006. Un rapport médical du Dr M._____, médecin-assistant à l'Hôpital orthopédique [...], du 21 août 2006, mentionnait qu'il résultait de cette chute une suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs à droite.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 14 décembre 2006 par le Service du personnel de la Commune [...], l'assurée a travaillé du 1^{er} mai 2003 au 30 novembre 2005 en qualité de secrétaire à la Police [...]. Son salaire annuel depuis le 1^{er} mai 2005 se montait à 83'074 francs.

Dans son rapport médical du 21 décembre 2006 à l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste FMH chirurgie orthopédique et traumatologie, a indiqué que la patiente souffrait de cervicalgies, de douleurs lombaires chroniques après opérations multiples, d'une méniscose postéro-interne gauche ainsi que d'une calcification sous-acromiale de l'épaule gauche entraînant une importante impotence fonctionnelle.

Le Dr F._____, chirurgien FMH, a adressé un rapport médical le 12 janvier 2007 à l'OAI, dans lequel il posait le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de by-pass gastro-jéjunal en mai 2005. Selon ce praticien, l'assurée n'avait pas besoin de moyens auxiliaires.

Selon le rapport du 22 janvier 2007 du Dr D._____, spécialiste FMH en médecine générale, l'assurée ne nécessitait pas de moyens auxiliaires.

Le 9 juin 2008, la caisse a à nouveau adressé une copie de son dossier à l'OAI. Selon le rapport médical du 25 janvier 2007 du Dr

M._____ à la caisse, l'assurée présentait une contusion de l'épaule gauche; l'arthro-IRM n'avait pas montré de lésion de la coiffe des rotateurs. Selon une note d'entretien téléphonique du 13 juin 2007, l'assurée avait encore des douleurs mais plus aucun traitement n'était nécessaire.

Dans leur rapport médical du 2 août 2007, le Dr S._____, chef de clinique adjoint à la Polyclinique du Département de psychiatrie du CHUV, et la psychologue assistante G._____ ont posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité à traits borderline et histrioniques existant depuis le début de l'âge adulte. L'assurée ne nécessitait pas selon eux de moyens auxiliaires.

L'assurée a été convoquée le 30 juillet 2008 à un examen clinique rhumatologique, qui a été effectué par le Dr K._____, médecine interne et rhumatologie FMH, du Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans son rapport du 8 août 2008, il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants:

"Périarthrite scapulo-humérale droite avec déchirure partielle tendineuse du muscle sus-épineux, conflit sous-acromial et status après opération de l'épaule droite (M 75), périarthrite scapulo-humérale gauche calcifiante avec status après opération de l'épaule gauche (M 75), lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après opérations rachidiennes multiples, dont pose de prothèses discales L4-L5 et L5-S1 (M 54), douleurs abdominales, diarrhées et incontinence fécale dans le cadre d'un status après 3 opérations bariatriques, dont un by-pass gastrojéjunal ainsi que d'une récurrence d'éventration de l'hémiabdomen gauche après cure de 2 éventrations et d'un status après nombreuses opérations neurochirurgicales (R 10.4), notion anamnétique d'anévrisme de l'aorte abdominale (I 71.4), douleurs du genou gauche avec limitations fonctionnelles dans le cadre d'un status après ostéotomie de valgisation pour gonarthrose (M 17)."

S'agissant de la capacité de travail exigible, le Dr K._____ relevait que sur la base des constatations rhumatologiques et somatiques effectuées lors de l'examen SMR du 30 juillet 2008, il apparaissait que la capacité de travail était de 70% dans l'activité d'opératrice-réceptionniste à la Police [...], cette activité étant bien adaptée aux limitations fonctionnelles requises par les diverses pathologies présentées par l'assurée. Cependant, l'incapacité de travail de 30% s'expliquait par une

baisse de rendement en raison des nombreuses limitations fonctionnelles qui se surajoutaient. Dans une activité adaptée, la capacité de travail serait également de 70%. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes:

"Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Membres supérieurs: pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever de charges avec les membres supérieurs de plus de 5 kg.

Diarrhées et incontinence: avoir des toilettes à proximité du poste de travail, où l'assurée peut se rendre.

Eventration et notion anamnétique d'anévrisme de l'aorte abdominale: pas d'effort important, pas de lever de charges de plus de 5 kg.

Membres inférieurs: pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de marche supérieure à 30 minutes, pas de position debout prolongée de plus de 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier."

Par communication du 26 septembre 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'elle remplissait les conditions au droit à l'orientation professionnelle et qu'une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle aurait lieu à l'Office. A l'occasion d'un entretien du 29 janvier 2009, l'assurée s'est présentée en chaise roulante, expliquant que depuis sa récente opération (ostéotomie de valgisation), elle se déplaçait en fauteuil dès lors qu'elle ne pouvait pas utiliser des cannes anglaises à cause de ses deux prothèses à l'épaule. Elle estimait que l'appréciation du SMR n'était pas réaliste et qu'elle pouvait assumer au plus un 25% ou un 30% d'activité, de préférence à domicile.

Le 18 février 2009, l'assurée a demandé à l'OAI de prendre en charge un fauteuil roulant à titre de moyen auxiliaire.

A la demande de l'OAI, le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie, a produit son courrier du 4 septembre 2008 au Dr W._____, du Service d'antalgie du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) dont il sollicitait l'avis.

Dans le cadre de l'examen du droit de l'assurée à un fauteuil roulant manuel, l'OAI a prié le Dr Q._____ de compléter un rapport médical. Le rapport de ce dernier à l'OAI du 26 mars 2009 indiquait ce qui suit:

"Pour faire suite à votre demande du 24 février dernier, je vous informe que cette patiente est connue pour une polyarthrose et entre autres pour des gonalgies subchroniques du MIG opéré par arthroscopie, ostéomie et ablation du matériel. Il n'y a actuellement pas de déficit proprement dit, si ce n'est un état algique résiduel qui peut nécessiter la disponibilité d'une chaise roulante comme moyen de locomotion complémentaire."

Interpellé par l'OAI, le Dr R._____, médecine interne générale FMH, lui a adressé un rapport médical le 27 avril 2009, dans lequel il expliquait avoir vu l'assurée à deux reprises, les 27 janvier et 22 avril 2009. S'agissant de l'énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, il a noté d'importantes limitations touchant la mobilité. Il précisait que l'état de santé de l'assurée était compromis par une atteinte complexe orthopédique et indiquait "*dossier complet à demander au Dr Q._____*". Il relevait que sa patiente avait besoin d'un fauteuil roulant.

Poursuivant l'examen du droit de l'assurée à des moyens auxiliaires en la forme d'un fauteuil roulant manuel, l'OAI a prié le Dr W._____ de lui adresser un rapport médical. Selon le rapport de ce praticien du 26 juin 2009, l'assurée présentait des douleurs multiples; la dernière consultation remontait au 23 octobre 2008.

Par avis médical du 14 juillet 2009, le Dr T._____ du SMR a relevé qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical objectif justifiant de modifier l'appréciation du SMR du 14 août 2008.

Par courrier non daté reçu le 15 juillet 2009 par l'OAI, l'assurée a expliqué qu'elle utilisait son fauteuil roulant tous les jours depuis le 8 décembre 2008 lors de tous ses déplacements extérieurs, qu'elle marchait entre 50 et 100 mètres, que ses épaules et ses genoux la «lâchaient»

ensuite, si bien qu'elle ne pouvait plus se déplacer en raison des douleurs. Elle espérait pouvoir remarcher, la chaise lui permettant de conserver son indépendance. Elle pensait devoir l'utiliser pour le reste de sa vie, expliquant qu'elle avait déjà subi quatorze opérations orthopédiques et que d'autres l'attendaient.

Par projet de décision du 13 octobre 2009, l'OAI a informé l'assurée que la prise en charge d'un moyen auxiliaire ne pouvait être accordée que si ce moyen était nécessaire au minimum un an. Il expliquait que cette condition n'était pas remplie, pour le motif suivant:

"En effet, à l'examen de votre dossier, nous constatons que vous avez subi des interventions au genou gauche, entravant momentanément votre mobilité et votre capacité à la marche. Cependant, selon les indications médicales en notre possession, la disponibilité d'un fauteuil roulant manuel ne serait nécessitée que comme moyen de locomotion complémentaire. Il doit dès lors être considéré comme moyen de traitement."

L'OAI a rejeté la demande de l'assurée, laissant le soin à cette dernière d'examiner la prise en charge du fauteuil roulant manuel avec son assurance-maladie. Son attention était attirée sur le fait qu'en cas de difficultés financières ou autres, il lui était conseillé de s'adresser à Pro Infirmis ou à un autre organisme de conseil.

Par décision du 23 novembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision.

D. Par acte du 11 décembre 2009, V._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à l'annulation de la décision attaquée et à la prise en charge du moyen auxiliaire sollicité par l'OAI. Elle explique avoir été en chaise roulante durant trois mois en 2007, et y avoir recouru depuis le 8 décembre 2008, soit depuis plus d'un an. Sa chaise est simple et sans accessoire. Elle relève encore qu'une hospitalisation est à nouveau prévue à compter du 7 janvier 2010. Après avoir fait l'historique de ses opérations, elle mentionne souffrir tous les jours depuis 1998, notamment des deux épaules, du genou et de la hanche gauche, ce qui l'empêche de

se déplacer normalement. Elle souffre également du genou droit et du dos et ne peut marcher plus de 100 mètres avec des cannes sans souffrir, si bien qu'elle doit se déplacer en chaise roulante à l'extérieur. Elle sollicite à cet égard qu'une chaise plus légère, plus petite et plus maniable lui soit remise. Elle rappelle qu'elle a grand besoin de sa chaise roulante, qui la soulage et lui permet de rester indépendante. A l'appui de son recours, elle produit un certificat médical du 31 janvier 2008 du Dr Q._____ qui relève une longue histoire orthopédique, ayant nécessité de multiples interventions, et recommandant au vu de la situation actuelle un port de charges n'excédant pas 5 kg, une attestation du 13 février 2008 du Dr N._____ selon laquelle elle a récemment bénéficié d'une intervention chirurgicale contre-indiquant désormais tout effort ou port de charges lourdes à l'avenir, une attestation du 12 novembre 2008 de ce dernier médecin selon laquelle elle souffre d'une affection médicale importante, son état de santé actuel contre-indiquant tout déménagement pour le moment, ainsi qu'une ordonnance du 20 janvier 2009 de X._____ SA relative à une chaise roulante.

Dans sa réponse du 28 janvier 2010, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Après avoir cité les chiffres 1003, 1006, 1007 et 9.01.1 de la Circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (CMAI), l'office intimé observe que la recourante conserve une capacité de travail de 70% dans toutes les activités selon le rapport d'examen clinique du SMR du 8 août 2008, avec les limitations fonctionnelles suivantes: *pas de genuflexions répétées, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de marche supérieure à 30 minutes, pas de position debout prolongée de plus de 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier.* L'OAI se réfère au courrier du Dr Q._____ du 26 mars 2009 qui précise que la recourante ne présente pas de déficit proprement dit, si ce n'est un état algique résiduel pouvant nécessiter la disponibilité d'une chaise roulante comme moyen de locomotion complémentaire. L'OAI relève encore que le rapport médical du Dr R._____ du 27 avril 2009 n'apporte aucun élément médical objectif de nature à rendre vraisemblable la nécessité objective d'un fauteuil roulant. Le moyen auxiliaire requis ne se justifiant donc pas

d'un point de vue médical objectif, l'OAI estime qu'il ne lui incombe pas de le prendre en charge.

Dans sa réplique du 22 février 2010, la recourante maintient son recours, en ce sens qu'elle demande le remboursement des frais relatifs à sa chaise roulante, un fauteuil plus maniable et plus léger, ainsi que le remboursement de ses frais de justice, de correspondance et du temps passé à se battre pour obtenir son dû. Elle fait à nouveau valoir qu'elle souhaite conserver son indépendance, ce que sa chaise roulante lui permet. Elle se dit fatiguée de se battre, explique avoir assez souffert et rappelle qu'elle sollicite une rente qu'elle attend depuis 3 ans et demi.

Par duplique du 16 mars 2010, l'intimé confirme ses conclusions et préavise pour le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui prévoit à

cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

d) La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) 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 131 V 164; ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) La recourante soutient en substance avoir droit à un fauteuil roulant compte tenu de son état de santé. Elle en veut pour preuve que, dans sa vie quotidienne, elle utilise cet accessoire et ne pourrait s'en passer, celui-ci lui permettant de conserver son indépendance. Le litige porte ainsi sur le droit de la recourante à la prise en charge de moyens auxiliaires par l'OAI sous forme de la remise en prêt d'un fauteuil roulant, et non sur l'octroi d'une rente, même si la recourante déplore en réplique solliciter une rente depuis 3 ans et demi.

3. a) Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (al. 1, let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient

remplies (al. 1, let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (al. 1bis). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21 LAI, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (al. 2).

Aux termes de l'art. 21 LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (al. 1, première phrase). L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral (al. 2).

La liste des moyens auxiliaires indiquée à l'art. 21 LAI fait l'objet d'une ordonnance du département fédéral de l'intérieur (art. 14 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Conformément à cette délégation, le département a édicté l'OMAI (Ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité, RS 831.232.51). L'art. 2 OMAI dispose qu'ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste en annexe, les assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (al. 1). L'assuré n'a droit qu'à des moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat. Il supporte les frais supplémentaires d'un autre modèle; à défaut de conventions tarifaires au sens de l'art. 27 al. 1 LAI, les montants maximaux fixés dans la liste en annexe sont applicables. A défaut de montants maximaux, les frais effectifs seront remboursés (al. 4).

Est déterminant le fait que le moyen auxiliaire sollicité est nécessité par l'invalidité et qu'il a le caractère d'un modèle simple et

adéquat. Les conditions de simplicité et d'adéquation posées par les art. 8 al. 1 et 21 al. 3 LAI pour l'octroi de moyens auxiliaires sont l'expression du principe de la proportionnalité et supposent que les transformations requises soient propres à atteindre le but fixé par la loi et apparaissent nécessaires et suffisantes à cette fin. Elles supposent, en outre, qu'il existe un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité du moyen auxiliaire (proportionnalité au sens étroit; ATF 131 V 170 consid. 3, 124 V 109 ss consid. 2a et les références). Dans ce contexte, il convient notamment de prendre en considération l'importance de la réadaptation que le moyen auxiliaire devrait permettre d'atteindre et la durée pendant laquelle ce moyen pourra servir l'objectif de réadaptation (cf. ATF 130 V 491 et les références). Lorsque ces exigences sont remplies, l'assurance-invalidité doit prendre en charge la totalité des coûts d'un tel moyen auxiliaire. Mais il se peut aussi que le moyen auxiliaire sollicité par l'assuré serve, en partie, à des buts étrangers à l'invalidité ou qu'il entraîne des dépenses démesurées. Dans ce cas, il est loisible à l'assurance-invalidité de réduire le montant de sa prestation en se fondant sur le coût d'un moyen auxiliaire nécessité par l'invalidité et ayant le caractère d'un modèle simple et adéquat. L'utilisation d'un moyen auxiliaire doit être indispensable et en rapport avec l'invalidité (ch. 1059 CMAI).

b) La remise de fauteuils roulants est réglée sous chiffre 9 de l'annexe à l'OMAI, dont le chiffre 9.01 a trait à la remise de fauteuils roulants sans moteur.

Aux termes du chiffre 1003 CMAI, en ce qui concerne les moyens auxiliaires, l'invalidité est réputée survenue lorsque l'atteinte à la santé rend pour la première fois objectivement nécessaire le recours à un tel appareil. Dès lors, l'existence d'un droit à un moyen auxiliaire suppose que la personne assurée est handicapée pour accomplir certaines activités ou qu'une telle situation la menace. En outre, la remise de moyens auxiliaires constitue une mesure de réadaptation, raison pour laquelle les conditions générales requises à cet égard doivent obligatoirement être remplies. Des moyens auxiliaires peuvent également être accordés dans le cadre de l'intervention précoce.

En outre, selon le chiffre 1006 CMAI, en ce qui concerne les appareils qui, de par leur nature, peuvent revêtir tant le caractère de moyen auxiliaire que celui d'appareil de traitement ou celui d'un autre dispositif auxiliaire (par ex. corsets et lombostats orthopédiques, cannes-béquilles etc.), il faut prendre en considération que l'appareil doit directement remplir le but prévu par la loi (se déplacer, établir des contacts avec son entourage, développer son autonomie personnelle). Ainsi, par exemple, un dispositif auxiliaire utilisé uniquement pendant la nuit ne saurait répondre à la notion de moyen auxiliaire. Le chiffre 1007 CMAI prévoit encore que la personne assurée a en principe droit à la remise d'un moyen auxiliaire jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la retraite (ou de la rente anticipée) même lorsque les conditions du droit ne sont plus remplies pendant une année entière. Il faut toutefois examiner, lors de chaque décision, si une remise à court terme est encore adéquate. En revanche, un handicap purement provisoire exclut la remise de dispositifs auxiliaires au titre de moyens auxiliaires. Il faut pouvoir prévoir l'usage probable du dispositif pendant une durée d'une année au minimum.

S'agissant des fauteuils roulants sans moteur, le chiffre 9.01.1 CMAI prévoit que la remise d'un fauteuil roulant doit se justifier sur le plan médical. La proposition du médecin concernant le genre de fauteuil roulant ne constitue qu'une recommandation. Le choix définitif du groupe de fauteuil roulant doit être motivé par le fournisseur. En cas de doute, il convient de consulter un centre spécialisé neutre (FSCMA).

4. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a subi de multiples interventions. Il n'est pas non plus contesté qu'elle présente des limitations fonctionnelles, lesquelles ont été notamment listées par le Dr K. _____ dans son rapport du 8 août 2008. S'agissant plus spécialement de la marche, ce spécialiste a relevé qu'au niveau des membres inférieurs, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: "*pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou*

escaliers. Pas de marche supérieure à 30 minutes, pas de position debout prolongée de plus de 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier."

Dans la mesure où l'assurée s'est présentée à un entretien à l'OAI en chaise roulante le 29 janvier 2009, l'office intimé a interpellé le Dr Q. _____ afin qu'il le renseigne sur le point de savoir si elle nécessitait la remise d'un fauteuil roulant. Dans son rapport médical du 26 mars 2009 à l'OAI, ce médecin relève que sa patiente est connue pour une polyarthrose et, entre autres, pour des gonalgies subchroniques du membre inférieur gauche opéré par arthroscopie, ostéotomie et ablation du matériel. Il observe qu'il n'y a actuellement pas de déficit proprement dit, mais un état algique résiduel pouvant nécessiter la disponibilité d'une chaise roulante comme moyen de locomotion complémentaire. Quant au Dr R. _____, également interpellé par l'OAI et qui estime que sa patiente a besoin d'un fauteuil roulant, il n'a vu la recourante qu'à deux occasions. Celui-ci renvoie pour le surplus l'OAI au Dr Q. _____.

A l'appui de son recours, la recourante a notamment produit un certificat médical du Dr Q. _____ du 31 janvier 2008, lequel observe certes que sa patiente a une longue histoire orthopédique et qu'elle a subi de nombreuses interventions, ce qui n'est au demeurant pas contesté, pour recommander un port de charges n'excédant pas 5 kg. Quant à l'attestation du Dr N. _____ du 13 février 2008, elle retient que l'intervention chirurgicale récente contre-indique désormais tout effort ou port de charges lourdes. Enfin, ce même médecin atteste le 12 novembre 2008 que l'état de santé de sa patiente contre-indique tout déménagement. Aucun de ces médecins ne mentionnent que l'assurée n'est plus en mesure de marcher et doit pouvoir bénéficier d'un fauteuil roulant. Le Dr F. _____ faisait en outre savoir à l'OAI le 12 janvier 2007 que la recourante n'avait pas besoin de moyens auxiliaires; le Dr D. _____ parvenait au même constat le 22 janvier 2007, de même que le Dr S. _____ le 2 août 2008. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr Q. _____ figurant dans son rapport médical du 26 mars 2009. Dans ces circonstances, il convient ainsi de considérer qu'en l'état, la remise d'un fauteuil roulant sans moteur à la recourante ne se

justifie pas sur le plan médical et que ce moyen auxiliaire n'est pas nécessité par l'invalidité.

5. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision entreprise maintenue.

Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 novembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de V._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- V. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :