

# **GE\_GERICHTE ATAS/1116/2011 vom 17. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1116\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1116_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1116/2011 du 17 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1116/2011 del 17 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse, du 23 juin 2010, est postérieure à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) et, le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision). Par

A/2849/2010 - 8/17 - conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

### **E. 4**

Est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à une allocation pour impotent et, dans l'affirmative, de quel degré.

### **E. 5**

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. L'art. 42bis est réservé (al. 1er). 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 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. L'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3). b) L'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) précise que 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. 1er). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin 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 (let. b), 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 (al. 2). L'impotence est 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 (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 (al. 3).

A/2849/2010 - 9/17 - Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé: 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. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 39 al. 2 RAI). N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1 (art. 38 al. 3 RAI). c) Selon la jurisprudence, sont déterminants les six actes ordinaires suivants : 1) se vêtir et se dévêtir, 2) se lever, s'asseoir et se coucher, 3) manger, 4) faire sa toilette (soins du corps), 5) aller aux cabinets et 6) se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts (ATF 124 II 247, 121 V 90 consid. 3a et les références citées). L'aide est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour. C'est par exemple le cas lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (RCC 1986 p. 510). L'aide est importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (p. ex. «se laver» en ce qui concerne l'acte ordinaire «faire sa toilette» [Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272]), ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) ou lorsque, en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou 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 (p. ex. si la personne souffre de graves lésions cérébrales et que sa vie se trouve réduite à des

fonctions purement végétatives de sorte qu'elle est condamnée à vivre au lit et qu'elle ne peut entretenir de contacts sociaux [RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126]). 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). Que l'accomplissement des actes ordinaires de la vie soit plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence (RCC 1989 p. 228, 1986 p. 507). En outre, il y a notamment impotence lorsque la personne assurée ne peut elle-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou une prothèse. Il y a également impotence lorsque la personne peut certes s'habiller seule, mais qu'il faut lui préparer ses habits ou qu'il faut contrôler

A/2849/2010 - 10/17 - si sa tenue correspond aux conditions météorologiques ou encore qu'elle n'ait pas enfilé ses habits à l'envers (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité établie par l'OFAS [CIIAI], n°8014). Il y a également impotence lorsque la personne assurée peut certes manger seule mais ne peut pas couper ses aliments elle-même, lorsqu'elle ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'elle ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (RCC 1981 p. 364). d) La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévues 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. D'après la jurisprudence, la condition du besoin permanent d'aide ou de surveillance est remplie lorsque l'état qui provoque l'impotence est en bonne partie stabilisé et essentiellement irréversible, soit lorsqu'il existe une situation analogue à celle qui permet l'application de l'art. 29 al. 1er let. a LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (droit à une rente d'invalidité en cas d'incapacité de gain permanente). À défaut, on considère que le besoin d'aide ou de surveillance devient permanent lorsque l'impotence a duré une année (art. 29 al. 1er let. b aLAI) sans interruption notable, et qu'elle se poursuivra vraisemblablement. C'est en fonction de ces critères que se détermine donc le début du droit à l'allocation pour impotent (ATF 105 V 67 consid. 2 et les références ; ATFA non publié du 30 septembre 2002, I 43/02, consid. 1 et 2.1). e) En vertu de l'obligation de réduction du dommage, la personne assurée est tenue de prendre les mesures appropriées et celles que l'on peut raisonnablement attendre d'elle en vue du maintien ou du recouvrement de son indépendance (p. ex. vêtements adaptés à son handicap, souliers à fermeture velcro pour les manchots, moyens auxiliaires, installations auxiliaires). Si elle omet de le faire, on ne pourra tenir compte de l'aide dont elle a alors besoin lors de l'évaluation de l'impotence (ATF non publié 8C\_437/2009 du 3 décembre 2009; RCC 1989 p. 228 et 1986 p. 507). Ainsi, il est possible qu'un moyen auxiliaire exclue une impotence (voir cependant RCC 1991 p. 479, où une automobile attribuée par l'AI à des fins professionnelles n'exclut pas pour autant une impotence concernant des trajets privés).

## **E. 6**

a) 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

A/2849/2010 - 11/17 - 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). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). c) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). d) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen

A/2849/2010 - 12/17 - approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que

l'enquête à domicile (ATF non publiés 8C\_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). e) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

#### **E. 7**

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Dans cette hypothèse, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 10 V 114 consid. 2a et b). Le point de savoir si une telle modification s'est produite doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il sied de rappeler que tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque

A/2849/2010 - 13/17 - celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b).

#### **E. 8**

Au préalable, il convient de relever que l'OAI a décidé d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation déposée par le recourant, admettant dès lors qu'une aggravation a été rendue plausible, de sorte que la tâche de la Cour de céans se limitera à examiner si cette aggravation suffit à fonder le droit à une allocation pour impotence.

#### **E. 9**

a) En l'occurrence, la Cour constate qu'entre la décision initiale du 7 juillet 2008 et celle querellée du 23 juin 2010, les diagnostics sont superposables, le recourant invoquant uniquement une aggravation des limitations fonctionnelles déjà connues à l'époque. b) En 2008, l'assuré pouvait se vêtir seul alors qu'en 2010, il a indiqué ne pouvoir lacer seul ses souliers. Au cours de la procédure, le recourant a expliqué qu'il ne peut se déboutonner ni actionner une fermeture éclair vu son manque de mobilité. Sur ce point, l'enquêtrice a préconisé d'utiliser des chaussures à velcro ; pour le reste, elle a émis la supposition que l'assuré récupérerait rapidement la mobilité de son épaule. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a cependant infirmé cette hypothèse. Il a dit avoir constaté que, malgré l'intervention, son patient avait la plupart du temps besoin de l'aide d'autrui pour s'habiller, même en adoptant les habits adéquats. Même à considérer qu'en raison d'une aggravation de ses limitations fonctionnelles, le recourant aurait des difficultés à se vêtir et se dévêtir, en particulier pour les gestes précités (lacer/boutonner), il convient de rappeler qu'en vertu de l'obligation de diminuer le dommage qui lui incombe, il se doit de porter des vêtements adaptés à son handicap (chaussures sans lacets, chemises sans boutons ou encore pantalon à taille élastique). L'affirmation du médecin traitant selon laquelle son patient, même équipé des accessoires ad hoc, ne parviendrait pas à s'habiller ou se déshabiller seul n'emporte pas la conviction de la Cour de céans. En effet, le Dr L. \_\_\_\_\_ paraît pour le moins pessimiste sur ce point puisque son propre patient reconnaît que ses difficultés sont limitées (boutons, fermetures éclair, lacets). Qui plus est, le médecin traitant se contente d'affirmer que son patient aurait besoin d'aide même avec des habits adéquats, sans toutefois apporter d'explication médicale convaincante à ce sujet. Partant, le besoin d'aide régulière et importante pour se vêtir et se dévêtir ne saurait être considéré comme démontré. c) La décision initiale rendue en 2008 niait le besoin d'aide pour s'alimenter, bien que certaines difficultés aient été relevées. En 2010, l'assuré allègue qu'il ne peut

A/2849/2010 - 14/17 - plus couper ses aliments. L'enquêtrice a admis que tel était le cas mais a estimé que cela n'était destiné à durer que tant que l'assuré garderait son attelle et qu'il pourrait se débrouiller seul une fois muni d'une prothèse de l'épaule. Sur ce point, le Dr L. \_\_\_\_\_ a cependant pu constater que l'enquêtrice s'était montrée trop optimiste. Il a expliqué qu'à la capsulite rétractile de l'épaule s'ajoute une algoneurodystrophie et que cela a pour conséquence un manque de force tel que l'assuré ne peut plus couper seul ses aliments. L'avis émis par le SMR à cet égard le 1er décembre 2010, ne convainc pas. En effet, contrairement à ce qu'allègue la Dresse N. \_\_\_\_\_, des atteintes ont bel et bien été objectivées : une capsulite mais également une algoneurodystrophie. Partant, il y a lieu d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de l'assuré s'est aggravé au point qu'il ne peut désormais couper ses aliments seul. d) En 2008, l'assuré pouvait se laver seul. Pour ce qui est de la situation actuelle, le Dr L. \_\_\_\_\_ a reconnu en audience qu'une brosse à manche pourrait aider son patient, ce que ce dernier n'a pas contesté. Même si l'utilisation d'un tel moyen ne garantit pas que l'assuré puisse se frotter régulièrement le dos, cela ne saurait cependant suffire pour conclure à un empêchement de se laver, d'autant que le fait que l'accomplissement de cet acte ordinaire de la vie soit rendu plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence. Partant, la Cour considère que le recourant n'a pas besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour se laver. e) Enfin, il n'est pas contesté que l'assuré a en revanche un besoin régulier et important de l'aide d'autrui pour se déplacer à l'extérieur.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'assuré a besoin, de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie au sens de l'art. 37 al. 3 let. a RAI, soit se nourrir et se déplacer à l'extérieur, ce qui lui ouvre à tout le moins le droit à une allocation pour impotent de degré faible.

#### **E. 11**

a) Il reste encore à examiner si le recourant a aussi besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Dans l'affirmative, il pourra en effet se voir reconnaître le droit à une allocation pour impotent de degré moyen au sens de l'art. 37 al. 2 let. c RAI. b) Selon la jurisprudence, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est accordé aux assurés qui, pour des raisons de santé, ne peuvent vivre de

A/2849/2010 - 15/17 - manière autonome qu'avec l'aide d'une tierce personne (arrêt non publié du 21 juillet 2008, 9C\_28/2008). L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ATF 133 V 450, consid. 9). En l'espèce, l'enquêtrice a admis que l'assuré avait besoin de l'aide d'autrui à raison de 30 minutes par semaine, pour continuer à vivre de manière indépendante, et à raison d'une heure par semaine, pour ses activités et contacts extérieurs. Pour le surplus, l'enquêtrice a estimé inutile la présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable, vu que l'assuré voit régulièrement des amis. A cet égard, le recourant souligne que s'il ne pouvait compter sur eux, il se laisserait complètement aller ou tenterait de mettre fin à ses jours, ce qu'il a déjà fait par le passé, en décembre 2009. Le recourant ne démontre cependant pas qu'il aurait véritablement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Son psychiatre traitant ne l'a pas allégué non plus. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a nié l'existence d'un besoin d'accompagnement au sens des art. 37 al. 3 let. e RAI et 38 al. 1 RAI.

#### **E. 12**

Au vu de ce qui précède, il apparaît que les conditions pour reconnaître à l'assuré le droit à une allocation pour impotent de degré faible sont réunies. Il convient encore d'examiner à partir de quand. a) En vertu de l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40 al. 1er de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS ; RS 831.10), ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI. Une note de bas de page précise qu'il s'agit actuellement de l'art. 28 al. 1er let. b LAI. Selon cette dernière disposition, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable. Dans un arrêt du 11 août 2001 (9C\_286/2011 destiné à la publication), le Tribunal fédéral a confirmé qu'il faut bien se référer à l'art. 28 al. 1 let. b LAI depuis l'entrée en vigueur de la 5ème révision de la LAI, et non à l'art. 29 al. 1 LAI. Enfin, l'art. 35 al. 1 RAI prévoit que le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées. b) En l'espèce, le recourant, s'appuyant sur l'avis de son médecin traitant, invoque une aggravation de son état de santé remontant à décembre 2007. Toutefois, force est de constater que s'agissant des actes ordinaires que le recourant ne peut plus exécuter, en particulier celui de couper ses aliments, il a été admis, lors de la

A/2849/2010 - 16/17 - première enquête, qu'au mois de mai 2008, l'assuré pouvait encore couper seul ses aliments. Le dossier ne permet d'établir une impotence concernant cet acte que dès l'opération du 14 avril 2010, date à partir de laquelle il n'arrive plus à couper seul ses aliments, nonobstant la pose d'une prothèse. En tenant compte d'un délai d'attente d'une année, il en découle que le droit à une allocation pour impotent de degré faible, s'est ouvert au plus tôt au mois d'avril 2011, soit postérieurement au prononcé de la décision querellée du 23 juin 2010. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). Il en découle qu'au moment du prononcé de la décision querellée, le recourant n'avait pas droit à une allocation pour impotent, même de degré faible, dès lors que le délai d'attente d'une année n'était pas encore écoulé, le changement important de circonstances n'étant intervenu que deux mois avant le prononcé de la décision. Au vu de ce qui précède, la décision querellée est, par substitution de motif, conforme au droit, de sorte que le recours, mal fondé, doit être rejeté, étant précisé qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande auprès de l'intimé en vue de l'obtention d'une allocation pour impotent.

### **E. 13**

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument.

A/2849/2010 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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