

# **GE\_GERICHTE ATAS/530/2013 vom 29. Januar 2013**

GE Cour de justice, 2013-01-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_530\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_530_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/530/2013 du 29 janvier 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/530/2013 del 29 gennaio 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 1 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS; RS 831.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce.

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une allocation d'impotence de degré léger, moyen ou grave.

### **E. 5**

a) Selon l'art. 43 bis LAVS, ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui ont leur domicile en Suisse et présentent une impotence grave ou moyenne. Le droit à l'allocation prend naissance au plus tôt dès que l'assuré a présenté une impotence grave ou moyenne sans interruption durant une année au moins. La LAI s'applique par analogie à l'évaluation de l'impotence. Il incombe aux offices de l'assurance-invalidité de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation. Selon l'art. 84 LAVS, les décisions et les décisions sur opposition prises par les caisses cantonales de compensation peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton où la caisse de compensation a son siège. b) L'art 17 LPGA al. 1 dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'al 2 précise que, de même, toute prestation durable accordée en vertu

d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

A/3201/2012 - 8/18 -

## **E. 6**

a) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) 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). b) 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 LPGGA). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. 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: a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; b. d'une surveillance personnelle permanente; c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré; d. 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 e. 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).

A/3201/2012 - 9/18 - 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 c. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI. e) L'impotence est grave (art. 37 al. 1 RAI) 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. f) 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).

## E. 7

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

A/3201/2012 - 10/18 - 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). Concernant l'acte ordinaire de manger, il y a impotence, selon le ch. 8018 CIIAI, lorsque la personne assurée ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui (8C\_728/2010). Un régime alimentaire (p. ex. dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence. En revanche, impotence il y a 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). 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 nécessaire 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). Dans le cadre des art. 37 al. 3 let. e et 38 RAI, il y a lieu de tenir compte de l'aide indirecte ou directe d'un tiers. Ainsi la personne qui accompagne l'assuré peut aussi accomplir elle-même les actes nécessaires lorsque malgré les instructions, la surveillance ou le contrôle, l'assuré n'est pas en mesure de le faire à cause de son atteinte à la santé (cf. ATF 133 V 450 consid. 10.2). 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

A/3201/2012 - 11/18 - 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). h) 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).

## **E. 8**

a/aa) Les notions de soins permanents et de surveillance personnelle permanente ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte à l'un des titres des actes ordinaires de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de la personne assurée (ATF non publié 9C\_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, ATF non publié I 231/02 du 23 janvier 2003, consid. 3, ch. 8035 CIIAI). Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que la personne assurée séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de la personne assurée. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celle-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que la personne vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer (ATF non publié 9C\_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, consid. 3, ch. 8035 CIIAI). a/bb) Le fait que la surveillance personnelle doive être permanente ne signifie pas qu'elle doive être nécessaire 24 heures sur 24. Elle s'oppose en réalité à une surveillance «passagère», par exemple suite à une maladie intercurrente (ATF non publié 9C\_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, ATF non publié I 231/02 du 23 janvier 2003, consid. 3, ch. 8036 CIIAI). a/cc) On n'accordera qu'une importance minimale à la surveillance personnelle dans les cas d'impotence grave, étant donné que par définition, l'impotence grave

A/3201/2012 - 12/18 - présuppose que la personne assurée dépend régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie. Il faut en revanche attribuer plus d'importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas

d'impotence moyenne ou faible parce que les situations exigeant l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie sont beaucoup moins fréquentes en cas d'impotence moyenne (art. 37, al. 2, let. b, RAI) et inexistantes en cas d'impotence faible (art. 37, al. 3, let. b, RAI) [RCC 1982 p. 126]. a/dd) Une surveillance personnelle permanente est notamment nécessaire lorsque une personne ne peut être laissée seule toute la journée en raison de défaillances mentales (ATF non publié 9C\_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, ATF non publié I 231/02 du 23 janvier 2003, consid. 3, ch. 8035 CIIAI), 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 (RCC 1989 p. 190, consid. 3b, 1980 p. 64, consid. 4b, voir également ch. 8020 et 8035 CIIAI), lorsqu'il est nécessaire d'administrer quotidiennement des médicaments à l'assuré ou de lui faire un bandage (MEYER, Bundesgesetz uber die Invalidenversicherung (IVG), 2010, p. 437), lorsque la personne assurée a besoin de surveillance quotidiennement ou éventuellement (de manière non prévisible) quotidiennement (ATF non publié 8C\_912/2008 du 5 mars 2009, consid. 3.2.2 ; ATF non publié I 563/04 du 2 mars 2005 consid. 6.2 ; ZAK 1986 S. 484 E. 3c). S'agissant des soins permanents ou des prestations d'aide médicale ou infirmière, elles comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (RCC 1980 p. 62 ; ch. 8032 CIIAI). Comme pour le besoin de surveillance, de telles prestations doivent être fournies pendant une période assez longue et non pas seulement passagèrement, par exemple en raison d'une maladie intercurrente (ch. 8033 CIIAI).

## **E. 9**

L'art. 46 LAVS prévoit que le droit aux rentes et allocations pour impotent non touchées est réglé à l'art. 24 al. 1 LPGA, mais que si l'assuré fait valoir son droit à une allocation pour impotent plus de douze mois après la naissance du droit, l'allocation ne lui est versée, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, que pour les douze mois qui ont précédé sa demande. Des arriérés sont alloués pour des périodes plus longues si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations et s'il présente sa demande dans un délai de douze mois à compter du moment où il en a eu connaissance. Selon la jurisprudence, cette disposition s'applique lorsque l'assuré ne savait pas ou ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à sa santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir droit à des prestations. Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits, mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 113 consid. 1a). Autrement dit, « les faits

A/3201/2012 - 13/18 - ouvrant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait connaître » sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 119 consid. 2c ; RCC 1984 pp. 420 ss, consid. 1). De plus, une restitution du délai doit également être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour une cause de force majeure – par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 228 consid. 4 ; ATF non publié du 16 mars 2000, I 149/99) – et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Mais encore faut-il, ici aussi, qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal

concevoir ses intérêts (ATF 102 V 115 consid. 2a ; RCC 1984, pp. 420 ss, consid. 1 ; ATFA non publié du 17 octobre 2002, I 337/02). L'art. 41 LPGA prévoit la restitution de délai si l'assuré agit dans les 30 jours dès la cessation de l'empêchement en déposant une demande motivée de restitution de délai.

#### **E. 10**

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 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 LPGA), 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

A/3201/2012 - 14/18 - 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 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).

A/3201/2012 - 15/18 -

## **E. 11**

En l'espèce, il est désormais établi et admis par l'intimée que l'assurée a besoin d'une aide régulière et importante pour 4 actes ordinaires de la vie depuis octobre 2009, soit pour se laver, se déplacer, s'habiller et manger, la caisse ayant admis ce 4ème acte suite au recours, ce qui ouvre un droit à une allocation de degré moyen. Il sera d'ores et déjà précisé que le fait que le besoin d'aide augmente à l'intérieur d'un seul et même acte est sans conséquence. Ainsi, si l'aggravation de l'état de santé de l'assurée implique au cours du temps que l'assurée ait désormais besoin d'aide pour toutes les fonctions de certains actes, alors qu'elle n'avait auparavant besoin d'aide que pour une fonction partielle, n'est pas déterminant. Il est donc inutile de revenir sur l'importance de l'aide apportée pour chacun des actes admis, ni de déterminer si l'assurée a besoin d'aide pour se déplacer dans l'appartement puisque ce besoin est déjà admis pour l'extérieur. La fille de l'assurée soutient que sa mère a aussi besoin d'aide pour aller aux toilettes, mais qu'elle ne l'a pas exposé à l'enquêtrice par pudeur. Elle explique qu'elle doit essuyer sa mère, laver les draps souillés et changer sa culotte, voire nettoyer la cuvette des toilettes si elle n'a pas pu superviser l'acte. Le médecin confirme ce besoin, mais sur la base des seuls dires de la fille de la patiente, sans préciser si les troubles dont souffre sa patiente objectivent ces difficultés, ni expliquer pourquoi l'utilisation de protections en cas d'incontinence avérée n'est pas prévue, ce d'autant que la fille de l'assurée indique que sa mère doit uriner toutes les 45 minutes, inondant à chaque fois ses vêtements. La fille de l'assurée indique aussi que sa mère a besoin d'aide pour se lever/s'asseoir et se coucher en cas de douleurs du dos et du genou, soit presque tous les jours et d'une surveillance personnelle permanente. La question du besoin d'aide pour aller aux toilettes peut provisoirement rester ouverte eu égard à ce qui suit. L'octroi d'une allocation de degré grave implique le besoin régulier et important pour tous les actes de la vie, soit 6 et, cumulativement, la nécessité d'une surveillance personnelle et/ou de soins permanents. La loi et la jurisprudence rappellent qu'il ne faut pas confondre la nécessité d'une présence pour apporter l'aide nécessaire aux actes de la vie et la surveillance personnelle. Par définition, l'assurée qui a besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur, se

doucher, manger, s'habiller, voire aller aux toilettes nécessite la présence du tiers qui l'aide pour ces actes. Plus le nombre d'actes et de fonctions partielles de ces actes exigent de l'aide, plus cette présence est accrue. En revanche, la surveillance a pour but, à l'instar de ce qui doit être fait avec de très jeunes enfants, de surveiller l'assurée - par exemple en raison d'une atteinte psychique de type Alzheimer ou de sénilité - afin d'empêcher qu'elle ne se mette en danger ou adopte un comportement dangereux pour autrui. De même, une maladie avec un risque de défaillance rapide et imprévisible nécessitant une prompt intervention, implique qu'en l'absence d'une surveillance permanente, l'assurée serait en danger. Or, en l'espèce, il est établi que d'octobre 2009 à avril 2012, l'assurée était seule à la maison de 8h15 à 11h45 et de 13h30 à 16h en tout cas, pour autant que le petit-fils cadet soit alors rentré. Elle

A/3201/2012 - 16/18 - n'était donc pas, quoi qu'en dise sa fille, surveillée en permanence à cette époque. La nécessité d'une surveillance personnelle permanente ne semble toutefois pas déterminante, puisque la caisse a admis un besoin d'aide pour les soins, soit le préparation des médicaments et la supervision pour la prise de ceux-ci trois fois par jour, ce qui est alternatif au besoin de surveillance. Toutefois, jusqu'à fin mars 2012 en tout cas, l'assurée se levait seule pour boire une tasse de lait le matin, elle se déplaçait seule dans l'appartement, se rasseyait ou se recouchait après s'être rendue plusieurs fois par jour aux toilettes, de sorte que pour cet acte-là, le besoin d'aide régulier et important ne peut pas être retenu. Durant cette même période, l'assurée se rendait seule aux toilettes, s'essuyait seule, ce qui n'exclut cependant pas qu'elle souille ses culottes, les toilettes ou ses draps si elle procède à cet acte sans aide pour s'essuyer. En tous les cas, il est établi que d'octobre 2009 à fin mars 2012, l'assurée n'avait pas besoin d'une aide importante pour se lever/s'asseoir et se coucher, ce qui suffit pour exclure l'octroi d'une allocation pour impotence grave. Ainsi, sous réserve de l'aide pour manger, cas échéant l'aide pour se nettoyer après être allée aux toilettes, qui n'avaient manifestement pas été clairement exposées par la fille de l'assurée lors de l'enquête, ni indiquées par le médecin traitant avant la décision sur opposition, il faut retenir que l'enquête est probante et effectuée sérieusement, car un entretien d'une heure à domicile est suffisant pour établir les besoins d'un assuré. Sur la base des indications données et du fait que l'assurée restait seule plusieurs heures par jour, c'est à juste titre que l'enquêtrice a alors exclu le besoin d'aide pour se lever/s'asseoir et se coucher, pour aller aux toilettes et la surveillance permanente. Le besoin d'aide pour 4, voire 5 actes et pour les soins médicaux ouvre seulement le droit à une allocation pour impotence de degré moyen, conformément à ce que la caisse a admis suite au recours.

#### **E. 12**

S'agissant du début du versement de l'allocation, force est de constater que la décision est bien fondée, eu égard au texte clair de l'art. 46 LAVS. En l'espèce, la demande d'allocation pour impotent a été déposée en janvier 2012 seulement, alors que l'état de santé et le besoin d'aide étaient connus depuis octobre 2009 en tout cas, en raison du fait que l'assurée et sa fille ignoraient le droit à une telle allocation, ce qui exclut le paiement d'arriérés au-delà de douze mois avant le dépôt de la demande en janvier 2012 et ne constitue pas en un empêchement au sens de l'art 41 LPGA.

#### **E. 13**

Cela étant dit, le courrier de la fille de l'assurée du 1er septembre 2012 doit être considéré comme une demande de révision au sens de l'art. 17 LPGA, car il est clairement indiqué que

l'état de santé de l'assurée s'est dégradé et justifierait depuis janvier 2012 une allocation de degré grave. Il est en tout cas établi que jusqu'à fin mars 2012, cette aggravation reste sans conséquence sur le degré d'impotence qui demeure moyen, à défaut de besoin d'aide pour se lever/s'asseoir et se coucher. Au-

A/3201/2012 - 17/18 - delà, le fait que la fille de l'assurée surveille effectivement sa mère en permanence parce qu'elle est à la retraite n'est pas non plus déterminant sur le besoin avéré de surveillance, qui doit être établi par un médecin. Pour éviter toute nouvelle polémique à ce sujet, si le besoin d'aide pour les soins médicaux se confirme, la caisse pourrait renoncer à instruire la question de la surveillance. Par contre, l'instruction de la demande de révision devra précisément porter sur le besoin d'aide pour aller aux toilettes/se rhabiller/mettre seule une protection/s'essuyer (4.1.5) et pour se lever/s'asseoir/se coucher (4.1.2), étant précisé que le fait que l'assurée soit incohérente dans ses déplacements dans l'appartement voire que sa fille doivent lui dire quant et où s'asseoir relève du point 4.1.6 déjà admis (se déplacer) et non pas du point 4.1.2 (qui concerne l'aptitude physique à se lever/s'asseoir/se coucher). On conçoit aisément que la fille de l'assurée soit épuisée après s'être beaucoup occupée de sa mère tout en travaillant à plein temps durant deux ans et demi, mais les conditions légales d'octroi de l'allocation pour impotent sont strictement réglées et doivent être appliquées. On comprend aussi qu'elle soit déçue par l'absence de versement rétroactif de prestations avant janvier 2011, eu égard notamment aux bonifications AVS attendues, mais il en va de même s'agissant de l'application de la loi, étant précisé qu'elle peut tenter de faire valoir auprès de sa caisse AVS que si l'allocation n'est versée que dès janvier 2011, l'impotence de degré moyen est admise depuis octobre 2009. Surtout, il est indispensable qu'elle limite son intervention à ce qui est nécessaire et efficace et qu'elle renonce à faire de longs et inutiles développements qui nuisent à la bonne administration de la cause de sa mère. Ainsi, l'instruction de la demande de révision sera effectuée par l'OAI, qui devra interroger précisément le médecin traitant sur l'aggravation de l'état de santé et le besoin d'aide objectivement établi pour les actes 4.1.2 et 4.1.5 (voire pour la surveillance personnelle), et le cas échéant, en cas de doute, devra procéder à une nouvelle enquête à domicile, avant de déterminer si l'assurée peut prétendre et depuis quant à une allocation d'impotence de degré grave. Dans l'attente de l'issue de cette procédure de révision, l'assurée a droit à une allocation de degré moyen. De surcroît, la demande de révision excède l'objet du litige, délimité par la décision sur opposition du 31 janvier 2012.

#### **E. 14**

Le recours est partiellement admis, la décision sur opposition est annulée en tant qu'elle alloue une allocation d'impotence de degré léger à l'assurée, qui a droit à une allocation de degré moyen dès le 1er janvier 2011, sur la base du besoin d'aide pour 4, voire 5 actes ordinaires de la vie et de soins médicaux. La caisse est invitée à traiter sans délai la demande de révision, par l'entremise de l'OAI.

A/3201/2012 - 18/18 - 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.