

## GE\_GERICHTE A/1504/2013 vom 18. Februar 2013

GE Cour de justice, 2013-02-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1504\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1504_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/1504/2013 du 18 février 2013

IT: GE\_GERICHTE A/1504/2013 del 18 febbraio 2013

### Erwägungen

#### E. 2

ème Chambre En la cause Madame M \_\_\_\_\_, agissant par sa curatrice Madame N \_\_\_\_\_, p.a Service de protection de l'adulte, Bd Georges Favon, 28, GENEVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame M \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1963, de nationalité suisse a suivi l'école primaire, le cycle d'orientation en section pratique et une école de secrétariat (sténodactylo) de 1978 à 1980. Elle a travaillé dans une pouponnière durant 4 ans jusqu'en 1986.![endif]>![if> 2. L'assurée, mariée en 1983 a eu deux enfants, nés en 1986 et 1990. Elle est séparée depuis 2000. Elle s'est occupée du ménage et des enfants depuis 1986.![endif]>![if> 3. Elle a déposé une demande de prestations d'invalidité le 16 janvier 2002 auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OAI), en raison d'attaques de panique, de dépression et d'épilepsie. Elle est totalement incapable de travailler depuis le 25 janvier 2001.![endif]>![if> 4. Par décision du 5 septembre 2005, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour un taux d'invalidité de 50% dès le 1 er février 2002. Sur la part professionnelle de 50%, l'empêchement était de 100%, alors que l'assurée ne présentait aucun empêchement dans la sphère ménagère de 50%.![endif]>![if> 5. L'assurée a divorcé le 24 juin 2006.![endif]>![if> 6. A l'issue de la révision initiée en octobre 2007, le droit à la demi-rente a été maintenu par communication du 27 mars 2008. ![endif]>![if> 7. L'assurée a déposé une nouvelle demande le 8 avril 2008 en raison de l'aggravation de son état de santé et l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 25 juin 2008.![endif]>![if> 8. Placée sous curatelle volontaire par ordonnance du Tribunal tutélaire du 30 mai 2008, l'assurée n'a pas recouru contre la décision de l'OAI, bien qu'elle ait manifesté l'intention de le faire.![endif]>![if> 9. La mainlevée de la curatelle a été prononcée le 13 septembre 2010, puis une nouvelle curatelle volontaire a été instaurée par ordonnance du 2 août 2011.![endif]>![if> 10. L'ex-époux de l'assurée est décédé le 23 septembre 2011.![endif]>![if> 11. L'assurée a déposé une demande de révision le 11 juin 2012 auprès de l'OAI. Selon le service des tutelles d'adultes (STA), l'état de santé de l'assurée s'était aggravé tant au plan physique que psychique, de sorte qu'elle était désormais totalement incapable de travailler. De plus, l'assurée avait besoin d'un soutien permanent ce qui justifiait également l'octroi d'une allocation pour impotent. L'assurée n'avait pas besoin d'aide régulière et importante pour se vêtir, se lever/s'asseoir, manger, aller aux toilettes, se déplacer et entretenir des contacts sociaux, ainsi que pour les soins du corps. Elle avait de grandes difficultés à la marche et peu de contacts en raison de son problème de santé. Elle avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.![endif]>![if> 12. Un délai a été fixé à l'assurée pour rendre plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits et elle a alors produit les rapports médicaux

suivants :!

a) le rapport du 18 juillet 2012 du Docteur A \_\_\_\_\_, médecin-traitant, qui a diagnostiqué, depuis 2008, les affections suivantes : bursite olécranienne droite post-traumatique résolue en 2009, opération de l'épaule droite, stabilisation gléno-humérale en 2009, dyspnée d'efforts d'origine indéterminée probablement liée à la prise de poids, prise de poids de 30 kilos depuis 2010 et diminution du périmètre de marche, douleur invalidante de la cheville gauche depuis septembre 2011, tachycardie sinusale persistante sans dysfonction cardiaque, plusieurs décompensations psychiatriques anxio-dépressives;

b) le rapport du 25 juillet 2012 de la Doctoresse B \_\_\_\_\_, psychiatre, selon laquelle l'état de santé psychique et somatique de l'assurée s'était aggravé depuis la dernière évaluation de l'AI. Son état d'angoisse avait augmenté et nécessitait la mise en place d'un traitement neuroleptique qui l'avait énormément fait grossir. son obésité impliquant de la difficulté à se déplacer, des douleurs importantes au pied et au genou, de sorte qu'elle ne pouvait plus se déplacer, grossissait et déprimait encore plus. Depuis un an, elle était totalement incapable de travailler.

13. L'aggravation ayant été rendue plausible, l'OAI a ordonné une instruction médicale et a réuni des avis médicaux :

a) selon le docteur A \_\_\_\_\_, outre les diagnostics psychiatriques, l'assurée souffrait d'une obésité morbide avec syndrome métabolique, de douleurs inflammatoires de la cheville droite, de dyspnée d'efforts avec surcharge pondérale, d'un diabète de type II, depuis 2011. L'alcoolisme avait été sevré en 2009. L'aggravation de son état psychique datait de 2007 et l'état somatique s'était aggravé depuis 2011. Elle était totalement incapable de travailler depuis avril 2007 en tous les cas, date du début de son suivi. Elle était limitée dans toutes les activités, que ce soit en position assise, debout, en se penchant, accroupie, à genou, en montant les escaliers, etc. (rapport du 12 décembre 2012);

b) selon divers rapports du Département de psychiatrie, concernant des séjours de l'assurée, celle-ci présentait un trouble dépressif majeur, une intoxication alcoolique, une dépendance à l'alcool et un trouble de la personnalité non spécifié lors de l'hospitalisation du 7 août 2007. Lorsque son ami lui avait annoncé la rupture, l'assurée s'était alcoolisée massivement dans un bar et avait proféré des menaces suicidaires de défenestration et de veinosection, se tapant les poings contre le mur devant son fils qui avait appelé les secours. Elle avait été hospitalisée afin de la mettre à l'abri par rapport à des menaces suicidaires (rapport du 16 août 2007).

Hospitalisée pour la 6<sup>ème</sup> fois, en octobre 2007, elle avait repris depuis trois mois la consommation d'alcool qu'elle avait arrêtée depuis trois ans. La relation avec son fils devenait de plus en plus tendue, l'assurée proférant de façon régulière des menaces suicidaires (rapport du 8 novembre 2007). Elle présentait un trouble dépressif récurrent et des troubles liés à l'utilisation d'alcool lors de l'hospitalisation de janvier 2008, après une abstinence de 2004 à 2007, son fils de 17 ans ayant été placé depuis quelques semaines dans une famille d'accueil et ne participant pas à la fête de Noël qu'elle avait organisée pour lui le 27 décembre précédent. L'assurée s'était alors massivement alcoolisée et avait brisé une vitre avec son poing. Elle avait été hospitalisée cinq jours, du 27 décembre 2007 au 25 janvier 2008, pour un sevrage puis était restée hospitalisée jusqu'au 25 janvier 2008 (rapport des 28 et 30 janvier 2008). Elle présentait des troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, sur un trouble dépressif récurrent (rapport du 5 février 2008). Outre un trouble dépressif récurrent, le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, de type borderline, avait été retenu lors d'une hospitalisation en octobre 2008, la patiente ayant été admise pour un sevrage d'alcool et de benzodiazépine dans un contexte d'une tentative de suicide (rapport du 5 novembre

2008). c) Divers rapports d'imagerie du genou droit, de l'épaule droite et dorsolombaire montrant une nette discopathie inflammatoire au niveau D11, D12 et dans une moindre mesure, au niveau L5-S1, une déchirure partielle du ligament gleno-huméral inférieur, un épanchement intra-articulaire tibotarsien.![endif]>![if> 14. Le SMR a estimé, le 28 novembre 2012, que la péjoration de l'état de santé tant somatique (obésité, podologie, dyspnée) que psychiatrique (trouble affectif, bipolaire, épisodes dépressifs sévères, alcoolisme) était vraisemblable mais qu'il restait à déterminer la date de la péjoration, qui était vraisemblablement contemporaine à l'introduction d'un neuroleptique.![endif]>![if> 15. La Dresse B \_\_\_\_\_ a exposé le 14 décembre 2012, que le neuroleptique avait été introduit en août 2009 et que diverses adaptations du dosage avaient été nécessaires en fonction des états hypomanes ou des angoisses. Une prise de poids importante en 2011 avait impliqué une hospitalisation à Montana, en raison de l'augmentation des angoisses et afin de mettre en place un régime. C'est alors que l'assurée s'était fait une entorse à la cheville. Pour l'ensemble de ces raisons, elle avait de la peine à se déplacer depuis lors, ce qui avait augmenté ses angoisses, nécessité l'augmentation du neuroleptique, accru la prise de poids et aggravé les difficultés de déplacements.![endif]>![if> 16. Par décision du 27 novembre 2012, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2011. Il est précisé que les veuves, qui ont droit simultanément à une rente de veuve et à une rente d'invalidité, reçoivent seulement une rente entière d'invalidité. ![endif]>![if> 17. Selon le contre-rendu de l'entretien téléphonique avec le service des rentes, le comparatif entre la rente de veuve et la rente d'invalidité impliquait que, même si un degré d'invalidité de 100% lui était reconnu, le montant de la rente restait le même (note du 17 décembre 2012).![endif]>![if> 18. Selon le rapport d'enquête à domicile du 4 février 2013, pour l'évaluation de l'impotence, l'assurée assumait seule son ménage, préparait ses repas, gérait ses traitements médicamenteux, sortait seule dans son quartier et s'occupait de ses rendez-vous médicaux. Elle avait une curatrice, se rendait une fois par semaine pour chercher son argent de poche au guichet du STA, utilisait sporadiquement transport-partners pour ses rendez-vous, en raison des douleurs et du surpoids. L'aide qui lui était apportée pour qu'elle vive seule à son domicile restait en dessous de deux heures par semaine. Elle ne remplissait pas les conditions d'octroi d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et n'avait aucun besoin d'aide pour se vêtir, se lever/se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer, sous réserve de l'aide nécessaire pour se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts, traitée dans le cadre de l'accompagnement durable, qui était insuffisante pour ouvrir le droit à une allocation d'impotence.![endif]>![if> 19. Selon le rapport de l'enquête économique sur le ménage du même jour, l'assurée présente des empêchements élevés dans la sphère ménagère, de 43%. Lors du passage à domicile, l'assurée était dans une phase relativement bonne : elle avait perdu du poids, ses douleurs avaient diminué et elle sortait un peu plus. Elle ne s'automutilait plus. Dans la conduite du ménage, l'alimentation, l'entretien du logement, les emplettes et courses diverses, l'empêchement allait de 40% à 50%. Il était de 25 % dans la lessive et l'entretien des vêtements. ![endif]>![if> 20. Par décision du 12 février 2013, l'OAI a augmenté la rente d'invalidité à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2012, le degré d'invalidité étant de 72%. Dans l'activité professionnelle, à 50%, l'empêchement est de 100%. Dans l'activité ménagère, à 50%, l'empêchement est de 43%.![endif]>![if> 21. Par projet du 14 février 2013, confirmé par décision du 10 avril 2013, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent, au motif que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de

trois mois n'était pas prouvé.![endif]>![if> 22. Par acte du 10 mai 2013, la curatrice de l'assurée auprès du service de protection d'adultes (la curatrice ou la recourante) a formé recours contre la décision de refus d'allocation pour impotent. L'OAI n'avait pas correctement tenu compte de la réalité quotidienne dans laquelle vivait l'assurée et la gravité de son état de santé, tant psychique que physique. Selon la Dresse B \_\_\_\_\_, elle vivait dans un grave état d'abandon et de solitude, elle n'était plus en mesure de structurer ses journées, ni d'organiser elle-même des activités socialisantes et n'avait plus aucun lien avec sa famille. Ses seuls contacts sociaux étaient établis avec ses médecins et le SPA. En raison de son isolement à domicile, elle avait développé une obésité morbide qui renforçait son sentiment de dévalorisation. Afin d'améliorer son état physique et psychique, il était indispensable qu'elle puisse bénéficier de contacts sociaux et d'activités occupationnelles, de façon régulière, au minimum à raison d'une à deux demi-journées par semaine (rapport du 7 mai 2013). A défaut, cela impliquait parfois un alitement de jour durant des heures et des automutilations. L'assurée avait ainsi besoin de manière régulière d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie de sorte qu'une allocation pour impotente devait lui être octroyée. La recourante a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une allocation pour impotents.![endif]>![if> 23. L'OAI a conclu le 10 juin 2013 au rejet du recours. Il ressortait de l'enquête à domicile du 4 février 2013 que l'assurée n'avait pas besoin d'un tel accompagnement de façon régulière. Elle se rendait une fois par semaine pour chercher son argent de poche au SPA. Elle voyait régulièrement divers thérapeutes, sortait boire un café avec une voisine. Si sa vie sociale était pauvre, l'assurée n'était pas isolée car elle sortait en moyenne trois à quatre fois par semaine, parfois plus s'il y avait du soleil.![endif]>![if> 24. La recourante a répliqué le 8 juillet 2013 et produit l'avis de la Dresse B \_\_\_\_\_. La vie sociale de l'assurée était inexistante et les personnes qu'elle côtoyait au bistrot étaient des habitués avec lesquels elle se contentait d'échanger quelques politesses et qui restaient assis à leur table, de sorte qu'elle n'avait aucun contact avec eux et ne partageait même pas un café avec ces derniers. Les seules sorties du domicile étaient celles nécessaires à son alimentation, pour faire des achats et le café qu'elle buvait parfois au bistrot, assise seule à une table. Pour le surplus, elle ne sortait quasiment plus depuis des mois en raison de ses douleurs au genou et de son obésité ainsi que de l'agoraphobie et l'état dépressif chronique dont elle souffrait. La dizaine de kilos qu'elle avait perdu avaient été repris depuis octobre 2012 en raison de son immobilisation à domicile, de sorte que l'isolement avait atteint une réelle gravité et que, parfois, les séances avec la psychiatre étaient effectuées par téléphone (rapport du 1 er juillet 2013). En conclusion, l'assurée n'était plus en mesure de structurer ses journées, de tenir son ménage, d'effectuer des activités occupationnelles ou socialisantes et elle vivait de manière isolée du monde extérieur.![endif]>![if> 25. L'intimé a dupliqué le 10 septembre 2012. Il a maintenu ses conclusions et a produit l'avis du SMR du 6 août 2013 selon lequel les arguments essentiels mis en avant pour la diminution de la vie sociale étaient son obésité et surtout une situation financière précaire, de sorte qu'aucun élément médical objectif ne permettait de s'écarter des conclusions précédentes.![endif]>![if> 26. Lors de l'audience du 29 octobre 2013, la Dresse B \_\_\_\_\_, psychiatre de l'assurée, a été entendue. L'état psychique de l'assurée était relativement stable, avec un trouble bipolaire à tendance dépressive et avec quelques périodes hypomanes, durant lesquelles elle était particulièrement anxieuse. L'assurée présentait une aggravation de ses troubles somatiques, en particulier de l'obésité morbide, qui rendait les sorties de plus en plus difficiles et un cercle vicieux s'était formé, puisque les troubles nécessitaient la prise de neuroleptiques,

lesquels faisaient grossir, le problème s'aggravant du fait de l'absence d'activité. L'assurée avait une situation financière difficile, en raison d'un arriéré de loyer dû au fait que son fils n'avait pas payé sa part, et ne parvenait donc pas à se nourrir correctement. Le manque d'argent impliquait également que les sorties étaient limitées, de sorte que si elle disposait d'un peu plus d'argent, elle pourrait varier les activités. Elle sortait uniquement pour se rendre à la Migros et au café proche de son domicile. Lorsque des copines lui téléphonaient pour aller boire un café, elle prétextait de la fatigue pour ne pas les accompagner, car elle avait honte de ne pas pouvoir payer sa part. Si elle disposait des moyens financiers, son obésité rendrait toutefois difficile les contacts sociaux, du point de vue du regard des tiers, y compris s'agissant de son habillement relativement pauvre. L'assurée n'était pas phobique, mais c'était le regard des tiers qui rendait les sorties difficiles. Il y a quelques années, elle avait une vie sociale plus riche mais elle avait coupé les contacts avec son entourage, lorsque son obésité s'était aggravée. Elle était brouillée avec ses deux enfants, qui ne lui rendaient jamais visite et elle téléphonait à ses propres parents en cachette de ses enfants. Elle s'était toutefois réconciliée avec une amie avec laquelle elle prenait rendez-vous de temps en temps pour boire un café dans un établissement proche de son domicile. Elle discutait également avec le tenancier de ce café et connaissait un homme qu'elle rencontrait de temps en temps, mais irrégulièrement, car il était hospitalisé à Montana. Si l'assurée perdait du poids, elle pourrait sortir plus mais actuellement, elle restait parfois couchée à regarder le plafond, car pour des raisons d'économie, le SPA lui avait « coupé la télévision ». Il pourrait être utile qu'elle soit accompagnée par exemple d'une psychothérapeute pour entreprendre des activités, ce qui l'aiderait à sortir. 27. Lors de l'audience du 26 novembre 2013, l'assurée a été entendue. Elle sortait faire des courses tous les deux à trois jours, se rendait à la Migros à l'ouverture pour qu'il n'y ait pas trop de monde. Une à deux fois par semaine, elle descendait boire un café à l'épicerie-café du quartier avec une amie et restait 15 à 20 minutes car cette dernière faisait des mots croisés. Elle s'y rendait également avec une voisine âgée et y restait une dizaine de minutes. Elle avait diminué les sorties en raison des attaques de panique, qui avaient débuté à la naissance de son deuxième enfant. Elle n'avait pas de difficultés à entrer en contact avec les gens qu'elle côtoyait et elle avait bien envie de sortir. Si elle n'invitait personne à la maison, c'est qu'elle avait coupé les contacts avec son ancien cercle de connaissances. Elle avait de la peine à s'exprimer, passait ses journées à jouer avec ses chats et restait couchée. L'IMAD passait une fois par semaine pour faire le ménage. L'assurée rencontrait sa curatrice à intervalles réguliers, tous les trois mois au maximum et, elle sortait donc uniquement pour faire ses courses, se rendre au café et aller chez le médecin. Si elle percevait 300 fr. de plus, par le biais d'une allocation d'impotence, elle commencerait par s'acheter des habits, irait au cinéma, en étant accompagnée et elle pourrait également payer le café à son amie. A l'heure actuelle, elle disposait de 320 fr. par semaine pour toutes ses dépenses, après paiement des factures. Elle était également limitée dans ses déplacements en raison de l'état de son genou. 28. Un délai a été fixé aux parties pour conclure. a. Selon l'OAI, les déclarations de l'assurée et de son médecin confirmaient en tous points que les sorties étaient restreintes pour des motifs essentiellement économiques, et non pas en raison des atteintes à la santé invalidantes, de sorte que le besoin d'accompagnement pour établir des contacts sociaux n'était pas établi. b. La recourante a fait valoir que la psychiatre avait confirmé que l'assurée vivait de manière isolée du monde extérieur, qu'elle ne parvenait pas à gérer sa vie quotidienne en structurant ses journées, puisqu'elle passait son temps couchée à regarder le plafond. Ce témoignage et

les déclarations de l'assurée démontraient que la vie sociale de cette dernière était inexistante. L'assurée n'était pas en mesure d'effectuer des activités occupationnelles ou socialisantes, de sorte que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent étaient réunies.!

29. La cause a été gardée à juger le 8 janvier 2014.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est applicable. Au surplus, les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et 2012 sont applicables.!

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).!

4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une allocation pour impotent, singulièrement sur son besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.!

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 (al. 1<sup>er</sup>). 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 LPGA). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (art 42 al. 3 LAI). c) Selon l'art. 37 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), il y a impotence de degré faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; - d'une surveillance personnelle permanente; - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré; - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou - d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 al. 1 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 : · vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (a),!

· faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (b), ou!

· éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (c).!

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. 38 al. 2 RAI). N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1. 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). 6. a)

S'agissant de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, dans la première éventualité de l'art. 38 al. 1 RAI, il doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes: structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), tenir son ménage (instructions et surveillance/contrôle), conformément au ch. 8050 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité ([CIIAI]; dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2009 [inchangée dans la version en vigueur dès le 1er janvier 2011], dont la conformité à la loi et à la Cst. a été admise [ATF 133 V 450 ]). Dans la seconde éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (arrêt du 21 juillet 2008; 9C\_28/2008 , consid. 3). Dans la troisième hypothèse, l'accompagnement 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 (arrêt du 28 avril 2008; 9C\_28/2008 et ch. 8052 CIIAI). b) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie 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 (ch. 8047 CIIAI). Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; arrêt 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 2.2). 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 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).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). c) L'assuré empêché en raison de ses limitations physiques de cuisiner et d'effectuer les tâches ménagères, nécessite l'assistance d'un tiers, sans laquelle il ne pourrait vivre de manière indépendante, pour les travaux ménagers auxquels s'étend l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI, dans la mesure où ceux-ci ne font pas partie des actes ordinaires de la vie selon l'art. 9 LPGA en relation avec l'art. 37 RAI (ATF 133 V 450 consid. 9 p. 466). Cette assistance

(qui comprend les activités telles que cuisiner, faire les courses, faire la lessive et le ménage [arrêt 9C\_410/2009 du 1er avril 2010 consid. 5.4]) représente selon l'expérience générale de la vie un investissement temporel de plus de deux heures par semaine, de sorte que le caractère régulier de l'aide nécessitée est dans ce cas également réalisé (arrêt du 10 mai 2010; 9C\_1056/2009 ). Les seules difficultés dans l'accomplissement des tâches ménagères, de la préparation des repas et des commissions ne constituent pas des empêchements pour vivre de manière indépendante (arrêt du 21 mai 2012; 9C\_907/2011 ). 7. En l'espèce, il est établi et non contesté que l'assurée n'a pas besoin d'aide pour les six actes ordinaires de la vie (se lever, s'asseoir et se coucher, s'habiller, se laver, aller aux toilettes, manger, se déplacer). Reste donc à examiner si l'assurée a besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. En premier lieu, l'assurée peut vivre de manière indépendante chez elle sans l'accompagnement d'un tiers. En effet, si des empêchements importants pour les tâches ménagères ont été pris en compte dans le calcul du taux d'invalidité, ce qui a donné lieu à l'augmentation d'une demi à une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2012, l'enquête ménagère a établi que l'assurée était capable de se préparer à manger, de faire le ménage léger, la vaisselle et la lessive, ainsi que ses courses. Il est au surplus erroné de prétendre que le manque d'activité de l'assurée serait la démonstration de son incapacité – pour des raisons de santé – à structurer sa journée. L'assurée est en effet capable de se lever, de s'habiller, de préparer et de manger ses repas et de sortir régulièrement faire ses courses, ce qui correspond à une journée structurée, même si l'assurée ne rencontrait alors personne et n'établissait pas de contacts. En second lieu, les attaques de panique et l'agoraphobie, de même que l'obésité, n'empêchent pas l'assurée de sortir de chez elle plusieurs fois par semaine pour se rendre seule dans un magasin d'alimentation, chez ses médecins, au café et une fois par semaine au SPA pour y recevoir l'argent dont elle a besoin pour ses dépenses. Ainsi, l'assurée n'a pas besoin d'un accompagnement afin de quitter son domicile pour ces activités. En troisième lieu, si l'obésité et le poids du regard des tiers sont certes difficiles à assumer pour l'assurée, il est établi que ce sont surtout les difficultés financières qui limitent ses contacts sociaux. L'allocation pour impotent permettrait ainsi à l'assurée de s'acheter de nouveaux vêtements, d'aller au cinéma avec sa copine et de pouvoir se permettre de l'inviter parfois pour boire un café. Ce ne sont donc pas les troubles à la santé qui limitent – mais n'empêchent pas totalement - l'assurée d'entretenir des contacts sociaux. Le fait que ces contacts soient réduits quant au nombre de personnes rencontrées (deux voisines et une copine), quant à la fréquence des rencontres (deux à trois fois par semaine), en termes de qualité ou de richesse de l'échange et que les enfants de l'assurée refusent de la voir n'est pas suffisant pour retenir qu'en raison de ses troubles, l'assurée aurait besoin d'aide pour établir ces contacts et qu'à défaut, elle risquerait de s'isoler durablement. S'il est vrai que le manque d'activité implique une aggravation de l'obésité de l'assurée, il n'est pas établi que cela soit dû à la perte de contacts sociaux et à l'isolement, puisque l'assurée est désireuse de sortir avec son amie pour l'inviter à prendre un café, ce qu'elle est en mesure de faire sans devoir y être incitée, motivée ou emmenée par un tiers, et ce qu'elle devrait pouvoir se permettre de temps en temps avec sa rente d'invalidité et les prestations complémentaires. L'éventualité d'une participation à une thérapie individuelle ou de groupe, afin de surmonter la crainte du regard des autres, voire à un programme médical en groupe destiné à la perte de poids relève des soins médicaux, du ressort des médecins-traitants de l'assurée, et non pas de l'allocation pour impotent. Il convient en effet de garder à l'esprit que l'octroi d'une allocation pour impotence légère pour un accompagnement a pour but d'éviter que des assurés atteints dans

leur santé psychique ou physique soient totalement laissés à l'abandon, ne puissent plus vivre seuls à domicile et doivent, en conséquence, être placés dans un home, ce qui n'est pas en l'état actuel le cas de l'assurée. 8. Le recours, mal fondé, est rejeté. Au surplus, l'émolument est mis à la charge de la recourante.![endif]>![if> 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.