

# GE\_GERICHTE A/175/2012 vom 11. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_175\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_175_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/175/2012 du 11 septembre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/175/2012 del 11 settembre 2012

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur D \_\_\_\_\_, domicilié à Carouge, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT Monsieur D \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1956 et père de cinq enfants, a été victime d'un accident du travail en date du 9 juillet 1996. Le diagnostic était celui de fractures de côtes à droite, fracture de l'os pisiforme à droite et traumatisme cranio-cérébral. L'assuré se plaignait de céphalées, vertiges, troubles de la vue, douleurs rachidiennes diffuses et au poignet droit. Il s'agissait d'un syndrome subjectif post-commotionnel dans lequel les troubles psychiques étaient au premier plan. Depuis 1996, l'assuré est traité par le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ainsi que par la Dresse M \_\_\_\_\_, psychiatre. Il est au bénéfice d'une rente d'invalidité complète depuis le 1<sup>er</sup> février 1999. Son épouse est décédée en octobre 2002. En décembre 2002, l'assuré a été victime d'un infarctus et a continué à souffrir de problèmes cardiovasculaires. Il a également développé un diabète de type 2 dès cette année. Il est suivi par une cardiologue et une diabétologue. Lors de la révision de sa rente d'invalidité en mai 2002, il a complété un questionnaire en indiquant que son état de santé était toujours le même. Sous la rubrique impotence, il précisait ne pas avoir besoin d'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir les actes ordinaires, sauf pour établir des contacts avec l'entourage. Dans un rapport du 3 septembre 2003 en vue d'apprécier le droit à un moyen auxiliaire, soit des chaussures orthopédiques, le Dr L \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré continuait de se plaindre de céphalées, de vertiges, de troubles visuels et de douleurs diffuses. En raison de vertiges, l'assuré ne sortait jamais seul de sa maison et se servait d'un déambulateur pour marcher afin de garder l'équilibre. Depuis le décès de son épouse, il se sentait moins en sécurité. La surveillance à domicile par des infirmières était renforcée. L'assuré avait besoin d'être aidé pour un "très grand nombre" de gestes de la vie quotidienne. L'assuré a déposé une demande d'allocation pour personnes impotentes auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après: OAI) en date du 10 novembre 2003. Il a mentionné avoir besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour se laver, se raser, se baigner / se doucher, aller aux toilettes ainsi que pour se déplacer à l'extérieur (besoin d'un déambulateur). Les soins et l'aide médicale dont l'assuré avait besoin étaient prodigués par une infirmière à domicile et une pédicure. Le Dr L \_\_\_\_\_ et la Dresse M \_\_\_\_\_ ont confirmé que les indications de l'assuré concordent avec leurs constatations. Le diagnostic établi était celui d'un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère, de tendomyalgie, d'un syndrome douloureux somatoforme, d'un diabète et d'un status post traumatisme cranio-cérébral. Selon une note manuscrite établie le 13 novembre 2003 par le Dr N \_\_\_\_\_, médecin SMR, l'assuré avait besoin d'aide pour seulement 3 actes et son état ne nécessitait pas de surveillance

personnelle. L'OAI a adressé à l'assuré une communication le 14 novembre 2003 selon laquelle une allocation pour impotence de degré faible lui était accordée dès le 1 er novembre 2003. Il a considéré que l'assuré avait besoin d'aide pour accomplir "certains actes ordinaires" depuis novembre 2002. Le 27 mars 2006, l'assuré a épousé Madame E\_\_\_\_\_, ressortissante macédonienne née en 1975. Ils se sont séparés de mars 2008 à mai 2009. Lors de la révision en 2008 de la rente d'invalidité versée à l'assuré, la Dresse M\_\_\_\_\_ a exposé le 11 juillet 2008 que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. L'assuré avait des limitations fonctionnelles telles que notamment des ralentissements moteurs, des troubles de la mémoire et de l'attention. Dans son rapport du 6 août 2008, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de son patient s'était aggravé. Il évoquait un diabète avec complications macro-vasculaires, une polyneuropathie et un syndrome métabolique. Il faisait état de plaintes de thoracalgie, de douleurs rétro-sternales, de vertiges, de troubles visuels, de maux de têtes, de douleurs rachidiennes diffuses et d'une grande fatigue dans les membres inférieurs. Au cours de 2006, les malaises étaient devenus beaucoup plus fréquents avec de temps en temps des pertes de connaissance de courtes durées. Les limitations fonctionnelles étaient nombreuses et en relation avec toutes les affections de l'assuré, mais l'affection psychique tenait une place prépondérante. L'assuré a complété le 18 mai 2011 une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes en vue d'une modification de son allocation pour impotent. Il a mentionné avoir besoin d'aide régulière et importante d'un tiers depuis 2001 pour faire sa toilette et aller aux toilettes, depuis 2006 pour se vêtir / se dévêtir (ne pouvait plus du tout s'habiller seul), ainsi que pour se déplacer et depuis 2009 pour se lever et s'asseoir (besoin du soutien de sa femme). Même avec le déambulateur, il avait des difficultés à se déplacer. Comme en 2003, l'assuré avait besoin d'une aide médicale pour ses médicaments et d'une pédicure. Il estimait avoir besoin d'une surveillance personnelle de jour et de nuit et également d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie. En raison de pertes de connaissance régulières et de crises, mais aussi en raison de son état moral et psychique, la présence de son épouse au domicile était indispensable. Sa femme ne pouvait travailler en raison de la surveillance médicale que sa santé exigeait et des prestations d'aides étaient nécessaires. Elle l'accompagnait lors de ses divers rendez-vous (médecin, assistante sociale, administratif) et son fils le conduisait en voiture lorsque la destination était trop éloignée. Selon l'assuré, la présence d'un tiers était nécessaire pour éviter l'isolement durable du monde extérieur. La Dresse M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, depuis 1996, un diabète insulino-dépendant mal réglé depuis 5 ans et un status après triple by-pass en 2010. Selon elle, l'état de santé s'était aggravé. Elle a confirmé que les indications sur l'impotence concernant les actes ordinaires de la vie correspondaient à ses constatations et que l'épouse apportait l'aide. L'assuré a également complété le 16 juin 2011 un questionnaire relatif à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le 19 septembre 2011 une enquête à domicile a été menée par une infirmière. Dans son rapport du 3 octobre 2011, l'enquêtrice a signalé que le comportement de l'assuré était superposable à celui décrit dans les différents rapports médicaux au dossier depuis l'accident de 1996. Selon elle, même si l'atteinte psychiatrique était visiblement au premier plan, l'aggravation de l'état de l'assuré, justifiée par les médecins traitants, ne semblait pas avoir de répercussion sur le degré d'impotence. L'enquêtrice a mentionné que selon l'assuré, il ne pouvait plus rien faire seul et souffrait de douleurs "partout". De l'avis de l'enquêtrice, les diagnostics médicaux n'expliquaient pas les difficultés évoquées par l'assuré. Elle a pu observer que l'assuré était

en mesure de prendre des initiatives et de donner des consignes claires à son épouse. Il pouvait répondre au téléphone, gérer les contacts sociaux, ses rendez-vous médico-sociaux, les affaires courantes ainsi que ses médicaments. Administrativement, l'assuré était aidé par l'association Pro Infirmis. L'enquêtrice a noté que la femme de l'assuré était analphabète et ne parlait pas du tout le français. Compte tenu des explications de l'assuré et des éléments de son dossier, l'enquêtrice a retenu que l'aide d'un tiers était nécessaire pour l'acte de se baigner / se doucher et pour se déplacer à l'extérieur. Elle n'a pas admis de besoin d'aide pour les autres actes. Notamment, ni l'aggravation de la santé sur le plan cardiaque et du diabète, ni les douleurs en elles-mêmes, n'expliquaient les difficultés pour l'habillage. Au vu de ses atteintes à la santé, l'assuré devrait être capable de s'essuyer et maintenir sa propreté. L'enquêtrice a pu observer l'assuré se lever en s'appuyant avec ses deux mains sur les rebords du fauteuil en gémissant et se plaignant puis se rasseoir sans aide dans son fauteuil. Les soins exigés par l'invalidité consistaient en la préparation du pilulier tous les 15 jours par la Fondation des services d'aide et soins à domicile (FSASD) et l'injection d'insuline trois fois par jour effectuée par l'épouse. Le temps consacré à ces soins était estimé à cinq minutes par jour. Dans ses remarques, l'enquêtrice a noté que selon les différents rapports médicaux au dossier depuis l'accident de 1996, l'assuré se positionnait comme invalide depuis son accident évoquant des douleurs multiples avec un comportement démonstratif et des plaintes ne pouvant être objectivées sur un plan médical. Dans un rapport de 1997, la Dresse M\_\_\_\_\_ signalait déjà un état de régression important et un comportement similaire à celui qu'elle avait pu constater lors de sa visite. Ce même rapport mentionnait que l'assuré n'avait pas besoin d'aide pour la réalisation des gestes quotidiens. En 2008, l'état de l'assuré était jugé stationnaire sur un plan psychiatrique et aggravé sur le plan somatique. Dans les deux rapports du Dr L\_\_\_\_\_ et de la Dresse M\_\_\_\_\_, il n'était aucunement fait mention d'un besoin d'aide pour l'accomplissement des gestes quotidiens. L'enquêtrice a relevé que l'assuré avait vécu seul durant plusieurs années, peut-être avec ses enfants, à la suite du décès de sa première épouse en 2002. Celui-ci s'était remarié en 2006 dans le but d'avoir "une aide qui va tout le temps le servir", selon les mots utilisés par le Dr L\_\_\_\_\_. L'enquêtrice a recommandé d'admettre la nécessité d'une aide régulière et importante pour deux actes ordinaires de la vie dès 2006, soit se baigner / se doucher et se déplacer à l'extérieur. Elle a indiqué que l'état de santé nécessitait des soins permanents dès 2006. Compte tenu de ce qui précédait, elle a suggéré de maintenir une allocation pour impotent de degré léger. Selon le rapport du 5 octobre 2011 de la Dresse M\_\_\_\_\_, l'état de santé était resté stationnaire. L'assuré requérait de l'aide régulière d'une tierce personne pour se laver depuis 2001, pour s'habiller et se déplacer depuis 2006, pour se lever et s'asseoir depuis 2009 et avait besoin d'une surveillance depuis 2006. Les limitations fonctionnelles étaient des douleurs, des tensions musculaires, de l'anxiété, des troubles de la mémoire et de la concentration. Par arrêt de la Cour de céans du 11 octobre 2011 (A/1460/2010), le recours de l'assuré du 23 avril 2010 contre une décision du Service des prestations complémentaires, selon laquelle un gain potentiel de 100% pour son épouse était retenu dans le calcul des prestations, a été partiellement admis. La Cour de céans a jugé que seul un gain potentiel correspondant à une activité à mi-temps dans le secteur du nettoyage devait être retenu dans le calcul des prestations complémentaires. Elle a considéré que bien que la présence de l'épouse puisse être réconfortante et tranquillisante pour l'assuré, cette présence n'était pas dictée par des motifs médicaux. Elle a ajouté que l'on pouvait exiger que l'assuré s'en dispense. D'après le rapport du 28 octobre 2011 du Dr L\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Une aide régulière par une tierce

personne pour les gestes quotidiens de la vie était requise pour se laver depuis 2001, s'habiller et se déplacer depuis 2006 et l'assuré avait besoin de surveillance pour se lever et s'asseoir depuis 2006. L'impotence avait augmenté depuis 2009. Le rapport évoquait les problèmes cardiaques, psychiques et liés au diabète de l'assuré. Sur le plan rhumatologique, il n'y avait aucun changement significatif et l'assuré continuait de se plaindre de douleurs partout mais en particuliers de douleurs rachidiennes, aux épaules et aux genoux. Pour les épaules, les mouvements étaient complets. Dans son rapport du 31 octobre 2011, la Dresse F \_\_\_\_\_, cardiologue, notait que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Elle expliquait que sur le plan cardiologique, l'assuré ne requérait pas l'aide régulière d'une tierce personne pour les gestes quotidiens de la vie. Elle faisait état de ce que l'assuré était extrêmement limité dans ses activités quotidiennes par ses affections extracardiaques qui étaient certainement au premier plan. Lorsque l'assuré venait en consultation, il se déplaçait à l'aide d'un déambulateur et prenait énormément de temps à se dévêtir pour l'examen clinique de base. Par décision du 6 décembre 2011, l'OAI a constaté que le degré d'impotence n'avait pas changé au point de modifier les droits de l'assuré. Ce dernier continuera à bénéficier de la même allocation pour impotent qu'auparavant. Le 12 décembre 2011, la Dresse M \_\_\_\_\_ a adressé un courrier au conseil de l'assuré. Elle précisait qu'il lui était difficile de remettre en question le rapport d'enquête. A propos du fait que l'assuré se plaignait de douleurs "partout" et dont les diagnostics ne feraient pas mention, elle rappelait l'accident du 9 juillet 1996 et ses suites en expliquant qu'à son avis, cela pourrait expliquer en majeure partie les douleurs dont l'assuré se plaignait. Sur le plan psychiatrique, l'assuré avait beaucoup régressé ayant besoin de la compagnie de tiers. En s'occupant de l'assuré, le tiers lui donnait l'impression qu'il partageait sa douleur et son mal être et cette aide devenait indispensable. La Dresse M \_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré dépendait des infirmières de la FSASD car dans le passé, il lui était arrivé de se tromper et de prendre plus de médicaments que prescrit. L'assuré présentait des malaises d'origine inconnue. La présence de sa femme comme élément rassurant était indispensable car étant seul, il avait tendance à paniquer. La Dresse M \_\_\_\_\_ estimait que le temps consacré aux soins exigés par l'invalidité étaient supérieur à cinq minutes par jour, car les piqûres d'insuline à elles seules nécessitaient d'avantage de temps. Elle a conclu son courrier en disant qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur le degré d'impotence que présentait son patient. Par courrier du 21 décembre 2011, le Dr L \_\_\_\_\_ a également transmis des commentaires au conseil de l'assuré. Il a rappelé les affections cardiaques et le diabète dont son patient souffre. Il a mentionné une acuité visuelle très basse ne pouvant être améliorée par le port de lunettes. A l'appui de son avis selon lequel l'assuré avait besoin d'une aide régulière pour les gestes quotidiens de la vie, il a expliqué que celui-ci prenait dix-sept médicaments différents et avait besoin d'injections d'insuline trois fois par jour, étant précisé que le dosage pouvait varier en fonction du taux de glycémie. Il a estimé que compte tenu de l'acuité visuelle de son patient, il existait un risque important de mélanger la prise des différents médicaments même s'ils étaient disposés dans le semainier. La symptomatologie douloureuse diffuse était certainement en relation, d'une part, avec l'affection post-traumatique de l'assuré et, d'autre part, avec une arthrose rachidienne douloureuse qui s'était développée au cours des années, causant une forte gêne dans certaines activités quotidiennes en raison d'une diminution de la mobilité du rachis. L'assuré désirait que les personnes l'entourant comprennent ses difficultés et ce dernier se sentait toujours beaucoup mieux lorsqu'il y avait quelqu'un pour s'occuper tout le temps de lui. Le médecin s'est étonné que l'enquêtrice ait estimé que les soins exigés par l'invalidité prenaient cinq minutes par jour, la prise des médicaments et les

injections d'insuline nécessitant certainement plus de temps. Par acte du 20 janvier 2012, l'assuré a fait recours contre la décision de l'OAI. Il conclut principalement à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen. A l'appui de son recours, il invoque le fait que le rapport d'enquête n'aurait pas pleine valeur probante. Il se plaint que la décision disputée se fonde uniquement sur l'enquête et non sur les avis des médecins traitants. L'assuré déplore aussi que les conséquences rhumatologiques et ostéo-articulaires des suites de son accident n'aient pas été prises en compte, ni ses problèmes de vue et ses malaises d'origine multifonctionnelle. Il allègue que son besoin d'aide régulière et importante d'autrui s'applique pour la plupart des actes ordinaires de la vie, sinon au moins pour deux d'entre eux avec en plus un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Dans sa réponse du 20 février 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il s'appuie principalement sur la valeur probante du rapport d'enquête en expliquant que l'enquête a été réalisée par une personne spécialisée dans ce genre d'examen, que cette dernière a développé de manière circonstanciée les différentes rubriques faisant partie de son mandat et a pris connaissance de l'entier du dossier médical de l'assuré de sorte qu'il est tenu compte de son état de santé tant physique que psychique. Cette écriture est complétée par des observations de l'enquêtrice datées du 6 février 2012. Il en ressort que l'assuré n'est pas en situation d'isolement, sachant s'entourer et entretenir des relations avec ses proches. Il est capable de faire des démarches auprès des différents intervenants médico-sociaux, d'exprimer ses besoins et ses attentes, de faire lui-même les téléphones nécessaires et de gérer ses rendez-vous. L'enquêtrice précise que, médicalement, rien n'empêche l'assuré de faire lui-même ses injections d'insuline et que l'aide de l'épouse pour les médicaments se limite probablement à apporter le pilulier et un verre d'eau. Elle a pu observer que l'assuré avait les compétences pour prendre ses médicaments de manière régulière. Concernant la tenue du ménage, il est apte à donner des consignes à son épouse. L'enquêtrice tire la conclusion de ce qui précède que l'assuré ne remplit pas les critères justifiant un accompagnement. Elle considère que l'assuré peut rester seul à la maison quelques heures lorsque son épouse doit s'absenter. D'après les rapports des médecins, il se rend parfois seul aux consultations en se déplaçant avec son déambulateur en prenant probablement le tram ou le bus. De ce fait, l'enquêtrice exclut le besoin de surveillance personnelle. Elle précise enfin que les soins pour les pieds diabétiques étaient pris en compte dans l'acte "se laver". Le recourant a fait parvenir une réplique le 20 mars 2012. Il a insisté sur le besoin d'un accompagnement durable, tout en persistant dans ses conclusions. Dans sa duplique du 17 avril 2012, l'intimé a expliqué que les conditions pour retenir un besoin d'accompagnement n'étaient pas remplies et a persisté dans ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1 a à 26 bis et 28 à 70), à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA. 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 le 1<sup>er</sup> janvier 2012,

entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de la LAI dans sa version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et applicable jusqu'au 31 décembre 2011. Interjeté dans la forme et les délais prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le présent recours est recevable. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant est en droit d'obtenir une allocation pour impotent de degré moyen. 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. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, 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. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). b) Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (art. 42 al. 3 LAI). L'art. 37 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201) prévoit que 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 (let. c). La Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité de l'Office fédéral des assurances sociales (CIIAI), dans sa version applicable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, énonce à son ch. 8009 que selon la pratique, on est en présence d'une impotence de degré moyen selon la let. a lorsque la personne assurée, même dotée de moyens auxiliaires, requiert l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins quatre actes ordinaires de la vie. Il y a impotence de degré faible selon l'art. 37 al. 3 RAI 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 (let. e). Selon la jurisprudence, sont déterminants les six actes ordinaires suivants : se vêtir et se dévêtir; se lever, s'asseoir et se coucher; manger; faire sa toilette (soins du corps); aller aux toilettes; 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). 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 1986 p. 507; ch. 8013 CIIAI). L'assuré doit faire tout ce que l'on peut raisonnablement exiger de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF non publié 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2.3 et les références). Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ch. 8011 CIIAI; ATF 117 V 146 consid. 2). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ch. 8026 CIIAI). S'agissant de l'acte de se vêtir / dévêtir, il y a 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 si sa tenue correspond aux conditions météorologiques ou encore qu'elle n'ait pas enfilé ses habits à l'envers (ch. 8014 CIIAI). S'agissant de l'acte de se lever / s'asseoir, il y a impotence lorsqu'il est impossible à la personne assurée de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. Les différentes situations (à la maison, au travail, ailleurs à l'extérieur) doivent être évaluées séparément (ch. 8015 CIIAI). S'agissant de l'acte de manger, il y a impotence lorsque la personne assurée ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui. 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) (ch. 8018 CIIAI). S'agissant de l'acte d'aller aux toilettes, il y a impotence lorsque la personne assurée a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène ou se rhabiller. C'est également le cas dans la mesure où il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes (p. ex. apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner etc.; Pratique VSI 1996 p. 182; voir no 8027) (ch. 8021 CIIAI). La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance: 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 (RCC 1984 p. 371). 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 d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que la personne assurée, laissée sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit elle-même soit des tiers (ch. 8035 CIIAI). 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 du personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 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 notable 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 des contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI). Si la personne assurée nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8048 CIIAI). L'accompagnement selon l'art. 38 al. 1 RAI 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 consid. 6.2). Selon l'art. 17 al. 2 LPGGA, 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. L'art. 87 al. 3 RAI dispose que lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Le recourant fait grief à l'intimé de s'être uniquement fondé sur l'enquête à domicile, sans prendre en compte les avis des médecins traitants, pour rendre sa décision du 6 décembre 2011. Il convient de déterminer quelle est la valeur probante du rapport d'enquête à domicile. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (ATF non publié 8C\_552/2009 du 8 avril 2010, consid. 5.3). Concernant les 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). En ce qui concerne la valeur probante d'un 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 chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 130 V 61 consid. 6.2; cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; cf. ATF non publié 9C\_907/2011 du 21 mai 2012). En l'espèce, l'intimé a fait procéder à une enquête à domicile aux fins d'évaluer le degré d'impotence du recourant par une infirmière spécialisée dans ce type d'examen. Cette personne a pris connaissance du dossier complet du recourant et s'y est d'ailleurs plusieurs fois référé dans son rapport. En se rendant à domicile, elle a pu se rendre compte de la situation locale et spatiale du recourant. Elle a décrit comment s'est déroulé l'entretien et le comportement du recourant. Elle a consigné ses propres observations mais aussi les indications données par le recourant. L'enquêtrice a exprimé son avis en motivant compte tenu de sa connaissance du dossier et de ce qu'elle a pu constater lors de sa visite. En outre chaque acte ordinaire de la vie est détaillé avec des explications du recourant, parfois des références au dossier médical, ainsi que des déductions ou l'avis de l'enquêtrice. Compte tenu de ses observations détaillées sur les capacités du recourant à s'organiser, prendre des décisions et donner des consignes à sa femme, l'enquêtrice a nié le besoin d'accompagnement durable et de surveillance personnelle. Or ce n'est qu'en cas de réponse affirmative que ces deux points doivent être développés dans la partie idoine du rapport d'enquête. Contrairement à ce que prétend le recourant, le rapport remplit toutes les conditions juridiques posées par la jurisprudence et c'est à juste titre qu'il doit être considéré comme ayant pleine valeur probante. Sur la base de ses constatations, l'enquêtrice a admis que le recourant avait besoin de l'aide d'un tiers pour deux actes ordinaires de la vie, soit se baigner/ se doucher et se déplacer à l'extérieur. Il y a lieu d'examiner s'il est possible de s'écarter des résultats de l'enquête à domicile concernant les autres actes ordinaires de la vie. Concernant l'acte de se vêtir / se dévêtir, la Dresse F\_\_\_\_\_ a expliqué que lorsque le recourant venait en consultation, il se déplaçait au moyen d'un déambulateur et prenait énormément de temps à se dévêtir pour l'examen clinique de base. Le Dr L\_\_\_\_\_ a toutefois précisé que son patient se plaignait de douleurs dans les épaules notamment, mais que les mouvements étaient complets. Or, comme le rappelle la jurisprudence, il ne suffit pas que certains actes soient rendus plus difficiles ou ralentis par l'infirmité pour conclure à l'existence d'une impotence. Compte tenu de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger du recourant afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité, les considérations de l'enquêtrice concernant chaque acte quotidien de la vie, s'appuyant sur le dossier médical du recourant et les diagnostics établis par les médecins, ne paraissent pas excéder ce que l'on peut attendre de lui. Le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 28 octobre 2011 que son patient a besoin de surveillance pour se lever et s'asseoir depuis

2006 alors que le recourant ainsi que la Dresse M\_\_\_\_\_ ont déclaré que depuis 2009 une aide est requise pour cet acte. Cela étant, l'acte consistant à se lever et s'asseoir a pu être observé par l'enquêtrice lors de sa visite. Elle a constaté que le recourant s'était appuyé aux rebords de son fauteuil avec ses deux mains pour se lever et a pu ensuite s'asseoir. Dans cette mesure, c'est avec raison que cet acte n'a pas été pris en considération par l'enquêtrice et les affirmations contraires des médecins ou de l'assuré ne sauraient infirmer ce qui a pu être observé. Le recourant n'a pas allégué avoir besoin d'aide pour l'acte consistant à manger dans sa demande de révision, pas plus que ses médecins. L'enquêtrice considère qu'il est capable de couper ses aliments et se servir seul. Il n'y a dès lors pas lieu de remettre en cause l'absence d'un besoin d'aide pour cet acte. Le recourant allègue ne pas parvenir seul à aller aux toilettes, en particulier s'essuyer et maintenir sa propreté. Cependant ni la Dresse M\_\_\_\_\_, ni le Dr L\_\_\_\_\_, ni encore la Dresse F\_\_\_\_\_ ne mentionne que le recourant aurait besoin d'aide pour cet acte. Au vu des atteintes à la santé du recourant, l'enquêtrice ne l'a pas admis non plus. Compte tenu de ce qui précède, l'on ne saurait aboutir à une autre conclusion. Dans la mesure où l'enquêtrice a estimé que les soins des pieds relevaient de l'acte consistant à se laver, que le recourant pouvait gérer lui-même ses médicaments et que rien médicalement ne l'empêchait de faire lui-même ses injections d'insuline, l'estimation de cinq minutes par jour pour que la FSASD prépare le pilulier tous les 15 jours ne paraît pas choquante. Au demeurant, il ne s'agit pas d'un élément permettant de remettre en question le rapport d'enquête ou l'impartialité de l'enquêtrice. De plus, la durée et la nature des soins exigés par l'invalidité du recourant, soins qui ne sont pas particulièrement astreignants, ne modifient en rien le degré d'impotence dans le cas d'espèce. Quant à l'accompagnement durable, il doit se présenter plutôt comme une aide complémentaire et autonome. Or, l'enquêtrice a pu observer que le recourant prenait lui-même toutes les décisions, donnait les instructions, faisait toutes les démarches nécessaires à sa situation et était capable de tenir le ménage (instructions et contrôle / surveillance). Par conséquent, l'aide de sa femme se limite à recevoir des instructions. Ne comprenant, ne lisant ni ne parlant le français, la femme du recourant ne peut guère prendre d'initiatives ou gérer des problèmes d'ordre administratif par exemple. Comme l'accompagnement par sa femme a déjà été pris en compte pour les déplacements à l'extérieur et pour se baigner / se doucher, cela signifie qu'il ne peut être pris en compte dans le cadre d'un accompagnement durable. Par ailleurs, rien n'indique que l'assuré n'aurait pas de contacts avec ses cinq enfants et ses petits-enfants. Un risque d'isolement durable du monde extérieur semble dès lors peu vraisemblable. C'est avec raison que l'enquêtrice n'a pas pris en compte un besoin d'accompagnement durable. D'un point de vue médical et depuis l'obtention en 2003 de l'allocation pour impotent, les aggravations de la santé du recourant sont essentiellement d'ordre cardiaque et diabétique. L'enquêtrice ne voit pas en quoi ces aggravations justifieraient une aide régulière et importante d'autrui pour les actes ordinaires de la vie, ce d'autant plus que la cardiologue a expliqué dans son rapport du 31 octobre 2011 que d'un point de vue cardiaque et bien que l'état de santé se soit aggravé, son patient ne requerrait pas d'aide régulière par une tierce personne pour les gestes quotidiens de la vie. Par ailleurs, ni dans son rapport du 28 octobre 2011, ni dans son pli du 21 décembre 2011, le Dr L\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant depuis l'accident de 1996, n'a expliqué concrètement en quoi les affections dont souffre son patient empêcheraient ce dernier à accomplir seul les actes quotidiens de la vie. Il a simplement indiqué que les problèmes de vue pouvaient faire courir le risque au recourant de ne pas prendre le bon médicament, même disposé dans le pilulier. Il a admis que l'origine de

certaines plaintes de son patient ne pouvait être expliquée, de sorte qu'il concluait à une origine multifactorielle. Les observations de la Dresse M\_\_\_\_\_ dans son pli du 12 décembre 2011 n'apportent guère plus de lumière concernant l'aide régulière et importante requise par son patient. Elle s'est à cet égard bornée à relever que sur le plan psychiatrique, l'assuré avait beaucoup régressé et avait besoin de la compagnie de tiers car cela lui donnait l'impression que l'on partageait sa douleur et son mal-être. Force est ainsi de constater que, d'une part, les explications des médecins n'apportent aucune précision concernant le besoin d'aide régulière et importante par un tiers dans les actes quotidiens de la vie et d'autre part, aucun des commentaires adressés au conseil du recourant par les praticiens après réception du rapport d'enquête n'est venu s'opposer aux déductions faites par l'enquêtrice à propos de ces différents actes. Compte tenu de ce qui précède, les conclusions du rapport d'enquête à domicile ne sauraient être remises en question. Il s'agit encore de comparer la situation actuelle et les faits tels qu'ils se présentaient en 2003, date à laquelle une allocation pour impotent de degré faible avait été allouée à l'assuré. En 2003, il avait été admis que le recourant avait besoin d'autrui pour faire sa toilette (se laver, se raser et se baigner / se doucher), pour aller aux toilettes ainsi que se déplacer à l'extérieur, ce sur la base du questionnaire alors rempli et sur les déclarations du Dr L\_\_\_\_\_ et de la Dresse M\_\_\_\_\_. En octobre 2011, dans le cadre d'une demande de révision de l'allocation pour impotent, une enquête au domicile du recourant a été réalisée. Il en résulte que le recourant a besoin de l'aide d'autrui pour se baigner / se doucher et se déplacer à l'extérieur. S'agissant de l'acte consistant à laver le corps et contrôler la propreté après être allé aux toilettes, l'enquêtrice a considéré qu'au vu des atteintes à la santé du recourant, ce dernier devait être capable de pouvoir s'essuyer et maintenir sa propreté lui-même. Ni en 2003, ni en 2011 un besoin de surveillance personnelle permanente ou d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'a été reconnu. Force est de constater que le nombre d'actes pour lesquels le recourant a besoin d'aide ne lui permet pas de prétendre à une révision en vue d'une allocation de degré moyen. Partant, les conditions de la révision ne sont pas remplies. En conclusion, c'est à juste titre que l'intimé a maintenu une allocation pour impotent de degré faible en faveur du recourant. Le recours, mal fondé, doit être rejeté. Vu l'issue du litige et conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI, un émolument de 200 fr. est mis à la charge du recourant. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le