

## **GE\_GERICHTE A/1905/2011 vom 23. April 2012**

GE Cour de justice, 2012-04-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1905\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1905_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1905/2011 du 23 avril 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1905/2011 del 23 aprile 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause Madame G \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, représentée par Maître Pietro RIGAMONTI recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame G \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1957, est au bénéfice d'une formation de danseuse professionnelle et a travaillé en tant que secrétaire de 1981 à 1990. Par ordonnance du 4 février 2008, le Tribunal tutélaire a prononcé l'interdiction de l'assurée et a désigné Me Pietro RIGAMONTI aux fonctions de tuteur de l'assurée. Dans le cadre de la procédure de mise sous tutelle, le Dr L \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a indiqué que depuis 2003, année où l'assurée était venue le consulter, celle-ci n'avait pas pu maintenir une abstinence concernant sa consommation d'alcool (rapport du 10 avril 2007). Le 26 février 2009, l'assurée, représentée par son tuteur, a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI). Par rapport du 4 mars 2009, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué un éthylysme chronique, une arthrose au genou gauche et un état dépressivo-anxieux depuis 1994. L'incapacité de travail était totale depuis 1994. Elle ne travaillait plus depuis très longtemps et n'avait aucune volonté de s'en sortir. L'intéressée était incapable d'accomplir une activité dans une quelconque position et était limitée dans sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance. Ces limitations existaient depuis environ l'année 2000. Par rapport du 30 mars 2009, le Dr L \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une cirrhose alcoolique depuis avril 2008 et une alcoololo-dépendance sévère évoluant depuis au moins 15 ans. L'incapacité de travail était totale depuis avril 2008. Par rapport du 30 septembre 2009, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis le 30 avril 2009, a diagnostiqué une dépendance à l'alcool et un trouble de la personnalité dû à l'utilisation chronique de l'alcool (depuis 1994). L'assurée, dans le déni de la maladie, souffrait manifestement de troubles cognitifs, de troubles de la mémoire, de troubles de l'attention sur base d'un état d'apathie et de tristesse chronique. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était totale depuis 1994. Les restrictions sur l'activité exercée étaient globales, l'assurée ne pouvait rien faire en raison des troubles cognitifs graves. Le Dr N \_\_\_\_\_ a joint un rapport établi le 1<sup>er</sup> juillet 2009 par le Dr O \_\_\_\_\_ et le Dr P \_\_\_\_\_ à la suite de l'hospitalisation de l'assurée du 2 au 23 juin 2009. Par avis des 14 décembre 2009, 20 mai et 18 juin 2010, le Dr Q \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a relevé l'existence d'une atteinte psychique prépondérante, à savoir un trouble anxio-dépressif (des troubles cognitifs, de la mémoire, de l'attention, une tristesse au long cours). Le trouble évoluait depuis 10 ans, date de la séparation de la patiente d'avec son mari. Elle présentait un trouble de la personnalité, concomitant au trouble dépressif et qui évoluait depuis 1994, ainsi que des troubles

mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool. Sur le plan somatique, elle présentait une cirrhose hépatique alcoolique, une anémie ferriprive et une incontinence urinaire. La capacité de travail dans l'activité habituelle et adaptée était nulle d'après les Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Il était nécessaire de soumettre l'assurée à une expertise neuropsychologique dans le but de dépister une affection dépressive. Par rapport du 8 juillet 2010, les Drs R\_\_\_\_\_ et F. P\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué notamment un état anxio-dépressif aigu avec abus de boissons alcoolisées. Depuis des années, l'assurée présentait un état dépressif chronique. Par rapport du 6 octobre 2010, le Prof. S\_\_\_\_\_, médecin auprès du service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué une encéphalopathie hépatique modérée ou toxique. Par rapport du 19 octobre 2010, Monsieur H\_\_\_\_\_, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a indiqué que les troubles cognitifs mis en évidence chez l'assurée étaient modérés à sévères et touchaient peu ou prou toutes les fonctions cognitives. Ils étaient très probablement le signe d'une atteinte diffuse de l'encéphale correspondant à une démence. Le seul examen neuropsychologique était toutefois insuffisant pour poser un tel diagnostic. L'absence de conscience des troubles cognitifs (pas de plainte cognitive, aucune réaction face aux échecs) était un élément supplémentaire en faveur d'un tel diagnostic. Les troubles cognitifs étaient clairement la résultante de la consommation d'alcool. La capacité de travail était nulle dans toute activité du seul fait des troubles cognitifs. Selon les questionnaires sur les actes de vie quotidienne, l'assurée conservait son autonomie pour les activités de base. Elle était toutefois aidée pour son ménage et la cuisine par une femme de ménage. Enfin, elle ne présentait pas de signe clinique évident d'une humeur dépressive ou anxieuse. Par avis du 5 janvier 2011, le Dr Q\_\_\_\_\_ a retenu des troubles cognitifs modérés à sévères de type démence. L'incapacité de travail était totale depuis 2008, date de la découverte de la cirrhose hépatique compliquée d'une encéphalopathie hépatique toxique. Le 22 février 2011 a eu lieu, au domicile de l'assurée, une enquête ménagère effectuée par Madame I\_\_\_\_\_. Selon sa note de travail du 28 février 2011, au vu de la gravité de l'état de santé de l'assurée, il lui avait été difficile de procéder à une véritable enquête ménagère. L'assurée était anosognosique et présentait d'importants troubles cognitifs. Elle avait débuté sa consommation d'alcool peu après la naissance de ses enfants en 1991-1992 et s'était rapidement montrée inapte à assumer ses responsabilités familiales et parentales. Sa mère s'était beaucoup investie dans la prise en charge des enfants jusqu'en 2006, date de son décès. Depuis, la situation n'avait cessé de se détériorer. Le tuteur avait tenté de faire intervenir la FSASD dès 2009, mais l'assurée s'était rapidement opposée à leur intervention. La gouvernante, engagée dès novembre 2009, s'occupait de l'intendance et de l'ensemble des tâches ménagères. Elle faisait les courses, les repas, assurait l'entretien du logement, faisait la lessive et aidait l'assurée à réaliser les gestes quotidiens. Les troubles cognitifs étaient tels que l'assurée n'était absolument plus capable de tenir un ménage, ni préparer un repas. Elle passait la majeure partie de la journée allongée sur le canapé, elle s'alcoolisait quotidiennement au point de ne plus être capable de parler correctement, de ne plus pouvoir se déplacer sans risquer de chuter (4 chutes à domicile entre octobre et décembre 2010), de ne plus être capable de se prendre en charge. Les empêchements étaient proches de 100% pour tous les postes. Dès lors que les enfants étaient en études et qu'ils présentaient des difficultés sur le plan scolaire, il lui avait semblé adéquat de ne pas retenir une exigibilité supérieure à 20% de leur part. Le taux d'invalidité total dans la sphère ménagère correspondait à 80%. Enfin, il lui paraissait vraisemblable de considérer l'assurée

comme ménagère à 100% depuis 2000, date à laquelle elle avait hérité de biens immobiliers qui lui permettaient depuis lors de vivre d'une rente d'environ 7'000 fr. par mois. Par pli du 22 février 2011, le tuteur de l'assurée a informé Madame I \_\_\_\_\_ notamment de ce qu'il arrivait à sa pupille de sauter un repas avant l'engagement de la gouvernante en novembre 2009, qu'elle ne se lavait pas d'elle-même, ce qui était très désagréable, sachant qu'elle souffre d'incontinence. Le 23 février 2011, le tuteur a déposé une demande d'allocation pour impotent pour sa pupille. Il ressort des réponses aux questions posées que l'assurée avait besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants : Se vêtir/se dévêtir : l'assurée avait besoin qu'on lui indique qu'elle devait se changer ou qu'elle devait se dévêtir pour dormir la nuit. Manger : la nourriture devait être coupée en petits morceaux. Il fallait rappeler à l'assurée de manger, sinon elle oubliait. Soins du corps : il fallait dire à l'assurée de se laver, se coiffer et se doucher, sinon elle ne le faisait pas. Aller aux toilettes : l'assurée avait besoin d'aide pour vérifier la mise en ordre des habits, son hygiène corporelle et la vérification de la propreté, en raison de problèmes d'incontinence. Se déplacer : besoin d'aide dans l'appartement, à l'extérieur et pour entretenir des contacts sociaux, en raison des nombreuses chutes. En outre, le tuteur a indiqué que sa pupille avait besoin d'aide de jour depuis janvier 2010 en raison des nombreuses chutes dès novembre 2009. L'aide était apportée par une gouvernante. Elle nécessitait également, probablement depuis octobre/novembre 2008, d'une surveillance personnelle en raison des nombreuses chutes. En outre, elle avait besoin d'un accompagnement durable et régulier pour surveiller son hygiène en raison des problèmes d'incontinence, ce depuis plusieurs années. Elle avait besoin d'aide pour le ménage, la propreté, la préparation des repas, faire les courses ainsi que pour les rendez-vous à l'extérieur en raison des chutes. La présence régulière était nécessaire pour éviter l'isolement durable du monde extérieur depuis octobre/novembre 2008 ou même avant. Madame J \_\_\_\_\_ prenait en charge cette surveillance et cet accompagnement depuis novembre 2009. Par courrier du 28 février 2011 adressé au tuteur, le Dr M \_\_\_\_\_ a expliqué que la capacité de travail avait toujours été limitée par l'alcoolisme déjà grave existant depuis 1994 et qu'il avait posé le diagnostic de cirrhose dès avril 2006. Par rapport du 1<sup>er</sup> mars 2011 concernant l'impotence de l'assurée, Mme I \_\_\_\_\_ a noté que cette dernière, qui présentait des troubles cognitifs modérés à sévères, type démence, avait fait 11 chutes à domicile durant les deux dernières années, dont 4 depuis le mois d'octobre 2010. Ses troubles psychiques et cognitifs étaient tels qu'elle n'était plus apte à se prendre en charge. La gouvernante, présente tous les jours de 8h00 à 16h00 (sauf le mardi et le dimanche), assurait l'intendance de la maison (courses, préparation des repas, ménage et lessive), accompagnait l'assurée dans la réalisation des gestes quotidiens et dans certains de ses déplacements extérieurs. Selon l'infirmière, l'assurée n'avait besoin d'aucune aide pour les actes ordinaires de la vie. L'infirmière recommandait par contre d'admettre la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie en tout cas depuis le mois d'avril 2008. Pour l'hygiène personnelle, l'assurée devait être stimulée pour effectuer ses soins. Alcoolisée, elle souffrait d'incontinence double. Il lui arrivait régulièrement d'être dans un tel état qu'elle n'était plus capable de se laver et de changer de vêtements seule. Dans ce cas, la gouvernante lui apportait une aide directe. En raison des troubles cognitifs, elle n'était plus capable de préparer un repas. L'état de santé nécessitait également des soins permanents dès avril 2008. Il convenait donc d'octroyer une impotence de degré léger dès le mois d'avril 2009 (fin du délai de carence). Par courrier du 2 mars 2011, l'assurée a fait remarquer, en se référant au rapport du Dr M \_\_\_\_\_ du 28 février

2011, que le diagnostic de cirrhose avait été posé en avril 2006 déjà et non en 2008 comme indiqué de manière erronée par les Drs L\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_. Les capacités de travail, professionnelles et ménagères, étaient proches de zéro en 2007 et très probablement dès août 2006, suite au décès de sa mère. Par ailleurs, une aide-ménagère avait été sollicitée en février 2007. L'assurée a relevé qu'elle n'avait pas été capable de se rendre compte objectivement de ses droits et d'introduire plus tôt une demande auprès de l'OAI. Elle demandait par conséquent le versement de l'allocation pour impotent et d'une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2006, mois où la cirrhose hépatique avait été diagnostiquée. Par rapport du 2 mars 2011, le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un éthylysme chronique depuis au moins 1994 et une cirrhose micronodulaire avec hypertension portale et ascite connue depuis 2006. Les données contenues dans la demande d'allocation pour impotent étaient correctes. Selon lui, l'aide pour effectuer les actes ordinaires de la vie était nécessaire depuis 2008. L'aide pour les AVQ était indispensable depuis novembre 2010 en tout cas. L'état de santé s'était aggravé et le pronostic allait en s'aggravant. Par projet de décision du 14 mars 2011, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> avril 2009. Le 29 mars 2011, l'assurée a contesté le degré de l'impotence retenu ainsi que le début du droit. Le 3 mai 2011, Mme I\_\_\_\_\_ a observé que le SMR avait retenu que le début de l'incapacité de travail durable remontait à avril 2008. En novembre 2010, le Dr M\_\_\_\_\_ avait fait une demande pour que l'assurée soit aidée pour sa toilette et un contrôle de santé régulier. Il convenait donc de prendre en compte l'acte « se laver » dès le mois de février 2011 (trois mois d'aggravation). Selon l'infirmière, pour la période antérieure l'aide n'était pas régulière et importante, mais intervenait lors d'épisodes d'alcoolisation et d'incontinences. Le rapport de M. H\_\_\_\_\_ indiquait d'ailleurs que l'assurée conservait son autonomie pour les activités de base. Par avis du 8 mai 2011, le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé que la date de l'incapacité de travail durable remonte à 2008, soit la date de la découverte de la cirrhose hépatique compliquée d'une discrète encéphalopathie hépatique toxique (soit des troubles cognitifs associés) et la mise sous tutelle. La cirrhose découverte en 2006 n'était pas incapacitante, mais les troubles cognitifs consécutifs à l'encéphalopathie hépatique l'étaient et rien ne permettait d'affirmer que ces troubles existaient en 2006. Le médecin était d'accord avec les constats de l'enquêtrice. Il n'y avait pas d'éléments pour dire que l'incapacité de travail totale remontait au 1<sup>er</sup> avril 2006. Par décision du 17 mai 2011, l'OAI a octroyé une allocation pour impotent de faible degré à domicile à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009. L'atteinte à la santé était connue depuis au moins 1994, mais l'assurée était alors apte à accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne. Une aide par la FSASD avait été demandée en 2007 pour la première fois, mais les interventions avaient vite été interrompues. L'assurée avait vécu seule avec ses enfants entre 2006 et janvier 2010. Une gouvernante avait débuté une activité de manière occasionnelle dans un premier temps, puis 5 jours par semaine depuis janvier 2010. L'assurée restait seule, par exemple le mardi, et sortait seule dans son quartier. Elle n'avait donc pas besoin d'une surveillance personnelle permanente. La demande d'aide pour l'acte « faire sa toilette » remontait à 2010. Le projet de décision était donc maintenu, basé sur l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie dès avril 2009 (fin du délai de carence) et la prise en compte de l'acte « se laver » dès février 2011 (trois mois après l'aggravation). Le degré faible de l'impotence restait cependant inchangé. Par acte du 17 juin 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 (procédure ouverte sous la cause A/1905/2011). Elle est

d'avis que le point de départ de l'impotence remonte au 1<sup>er</sup> avril 2007 dès lors que la cirrhose a été diagnostiquée en avril 2006, voire dès le décès de sa mère en juillet 2006, ou dès le 9 janvier 2007, date du dépôt de la requête de mise sous tutelle. Selon elle, le degré de l'impotence est moyen car elle nécessite une surveillance constante pour accomplir deux actes de la vie quotidienne. Elle explique que ses capacités de travail, tant professionnelles que ménagères, étaient proches de zéro en 2007 et très probablement telles dès août 2006, à la suite du décès de sa mère. Elle fait valoir qu'en raison de son état de santé, elle est incapable de gérer son quotidien convenablement et d'accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne de sorte qu'elle a besoin d'une surveillance et d'une aide pour faire face aux nécessités de la vie quotidienne. Elle n'avait pas été en mesure de déposer une demande d'allocation en raison de ses problèmes psychologiques dus à son alcoolisme, ce qui, selon elle, permet d'obtenir le versement rétroactif de l'allocation jusqu'à 5 ans avant le dépôt de la demande (par l'application de l'ancien art. 48 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; 831.20), et en se référant à un arrêt rendu par la Cour de céans le 16 mai 2011 ( ATAS/481/2011 ). Le 19 juillet 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Il ajoute que l'encéphalopathie hépatique toxique doit être retenue comme la cause la plus probable des troubles cognitifs justifiant l'invalidité de l'assurée (rapport du Dr S\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2010). Les rapports médicaux faisaient état de la nécessité d'une aide à partir de 2008 seulement, selon le Dr M\_\_\_\_\_. Par ailleurs, malgré la demande tardive (déposée le 23 février 2011), l'intimé avait octroyé les prestations à compter de la fin du délai de carence d'une année, en appliquant l'art. 24 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), l'art. 48 al. 2 aLAI n'étant pas applicable. Selon l'enquête ménagère et le rapport de M. H\_\_\_\_\_, l'état de santé de la recourante ne nécessitait pas une aide régulière pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie sur les six actes reconnus, puisqu'elle était indépendante pour les déplacements, l'usage des escaliers, le bain, l'habillement, l'alimentation et les fonctions urinaires. Par réplique du 12 août 2011, la recourante conteste la position de l'intimé. S'agissant du début de l'impotence, elle fait remarquer que le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle est incapable de s'occuper d'elle-même depuis 1994 (rapport du 4 mars 2009). Elle avait sollicité une aide pour le ménage en février 2007 déjà auprès de la FSASD. S'agissant du degré d'impotence, il convenait de se référer au rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 4 mars 2009. Elle n'était notamment pas indépendante pour les fonctions urinaires, puisqu'elle souffrait d'incontinence urinaire. S'agissant du début du droit aux prestations, elle rappelle qu'elle n'avait pas la capacité de discernement pour déposer plus tôt la demande. Par duplique du 22 septembre 2011, l'intimé admet l'existence d'un alcoolisme chronique avant avril 2008, mais pas la nécessité d'un besoin d'accompagnement durable avant cette date. L'intimé est d'avis que les constatations et conclusions de l'enquêtrice rejoignent les indications données dans la demande du 22 février 2011, à savoir que l'aide nécessaire consiste uniquement à rappeler à la recourante les actes qu'elle doit accomplir ou à faire preuve d'une vigilance particulière en raison du risque de chute. S'agissant de la question de la rente, l'OAI a, par décision du 24 juin 2011, octroyé à l'assurée une rente entière (80% d'invalidité) dès le 1<sup>er</sup> août 2009. Dès lors que l'assurée avait une incapacité de travail totale dans toute activité dès février 2008, le délai d'attente d'une année était arrivé à échéance en février 2009. La demande de rente ayant été déposée en février 2009, le droit à la rente ne pouvait naître que six mois après ledit dépôt selon l'art. 29 LAI, soit à compter du 1<sup>er</sup> août 2009. Les éléments contenus dans le dossier ne permettaient pas de retenir que

l'incapacité de travail totale remonterait à avril 2006. Par acte du 26 août 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 (procédure ouverte sous la cause A/2576/2011). Elle fait valoir que selon les Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, elle est totalement incapable de travailler depuis 1994. Elle est d'avis que le début du droit à la rente d'invalidité doit être examiné selon la LAI en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, de sorte que l'art. 48 al. 2 aLAI serait applicable en l'espèce. Ayant été incapable de discernement et dans l'impossibilité de déposer la demande de rente plus tôt, elle demande la restitution du délai conformément à cet article, de sorte qu'elle aurait droit au versement rétroactif de la rente, ce en se référant à l'arrêt rendu par la Cour de céans le 16 mai 2011 ( ATAS/481/2011 ). Enfin, elle fait valoir que son incapacité à effectuer les travaux ménagers remonterait à avril 2006, date du diagnostic de la cirrhose, ou à juillet 2006, date du décès de sa mère, ou au 9 janvier 2007, date de la demande de mise sous tutelle. Enfin, l'intimé n'avait pas investigué son degré d'invalidité pour la période d'avril 2006 à août 2008. Par réponse du 26 septembre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Il ajoute notamment que dans la mesure où la demande a été déposée le 26 février 2009, le nouveau droit est déterminant, de sorte que l'art. 48 al. 2 aLAI est inapplicable. Le droit à la rente ne peut donc débuter que six mois après le dépôt de la demande. Par ordonnance du 3 octobre 2011, la Cour de céans a ordonné la jonction des causes A/1905/2011 et A/2576/2011 sous la cause A/1905/2011. Le 13 octobre 2011, la recourante reprend notamment ses arguments quant au début du droit à l'allocation pour impotent, le 1<sup>er</sup> avril 2007, et au degré moyen de son impotence. Elle conteste les conclusions de M. H\_\_\_\_\_ et est d'avis qu'il convient de donner plus de crédibilité aux rapports des Drs M\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_.

La recourante rappelle également ses arguments quant au versement rétroactif de la rente entière à compter du 1<sup>er</sup> avril 2007 et persiste dans ses conclusions. Dans son écriture du 11 novembre 2011, l'intimé persiste dans ses conclusions. La Cour de céans a ensuite gardé la cause 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; 129 V 4 consid. 1.2; 127 V 467 consid. 1; 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les décisions litigieuses des 17 mai et 24 juin 2011 sont postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 1<sup>er</sup> janvier 2008, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision) et de celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit à une allocation pour impotent et le droit à une rente doivent être examinés au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI

consécutives aux 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329 ). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 56, 58 et 60 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relative à la modification du 16 décembre 2005). Interjetés dans les formes et délai prévus par la loi, les recours sont recevables (art. 56 à 61 LPGA). Sont litigieux le début du droit à la rente d'invalidité, le degré d'impotence présenté par la recourante ainsi que le début du droit à l'allocation pour impotent.

5. S'agissant de la question du début du droit à la rente d'invalidité, la recourante est d'avis qu'elle a droit au versement rétroactif de la rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2007, alors que l'intimé a retenu que le droit à la rente a débuté le 1<sup>er</sup> août 2009. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. A teneur des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 aLAI, prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présentait une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 aLAI et art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). S'agissant du versement rétroactif des rentes, l'art. 48 al. 2 aLAI prévoyait, en dérogation à l'art. 24 LPGA, que si l'assuré présentait sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations n'étaient allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles étaient allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestations et qu'il présentait sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Avec l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI). Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (ATF non publié 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI continue à s'appliquer. En l'occurrence, la demande de rente ayant été déposée le 26 février 2009, ce sont les dispositions entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (5<sup>ème</sup> révision de l'AI) qui s'appliquent, même si le cas d'assurance est survenu avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Ainsi, en vertu de l'art. 29 al. 2 LAI, le droit à la rente ne peut naître, au plus tôt, que six mois après le dépôt de la demande. Il s'ensuit que le droit à la rente de la recourante est né, au plus tôt, le 1<sup>er</sup> août 2009.

6. La recourante fait valoir qu'elle aurait droit au versement de la rente à titre rétroactif dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 par l'application de l'art. 48 aLAI. a) La redéfinition du début de droit à la rente au sens de l'art. 29 LAI, imposée par la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI, a eu pour conséquence que l'art. 48 aLAI, qui autorisait à verser des prestations avec un effet rétroactif, a été supprimé au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Dans la mesure où le cas d'espèce est régi

par la réglementation en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 (5<sup>ème</sup> révision de l'AI), l'art. 48 aLAI ne saurait donc s'appliquer au présent litige. b) Il convient encore d'examiner si la recourante a droit au versement de la rente à titre rétroactif par l'application de l'art. 24 al. 1 LPGA qui prévoit que le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. A teneur du Message du Conseil fédéral du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5<sup>ème</sup> révision de l'AI ; FF 2005 4215) grâce à cette nouvelle réglementation, le droit à la rente prend naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande à l'AI, de sorte que la rente ne doit plus être versée rétroactivement à partir de la date de survenue de l'incapacité de gain, souvent antérieure d'un an ou plus (Message précité, p. 4290). Ainsi, l'art. 29 LAI, en tant qu'il règle spécialement le début du droit à la rente, déroge à l'art. 24 LPGA, lequel n'est pas applicable pour l'octroi rétroactif d'une rente, alors qu'il l'est pour toutes les prestations pour lesquelles le début du droit n'est pas réglé par la LAI (voir le Message du Conseil fédéral du 24 février 2010 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 6<sup>ème</sup> révision, premier volet, FF 2010 1702). Il s'ensuit que l'art. 24 al. 1 LPGA n'est pas applicable au versement des rentes. La recourante ne le conteste pas au demeurant. 7. Il convient encore d'examiner si la recourante peut faire valoir des motifs justifiant une restitution de délai au sens de l'art. 41 LPGA. a) Selon l'art. 41 LPGA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les 30 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis. Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, les dispositions en matière de délai prévues aux art. 38 à 41 LPGA ne s'appliquent qu'aux délais de procédure, à l'exclusion des délais de droit matériel. L'application de l'art. 41 LPGA dépend par conséquent de la nature matérielle ou procédurale du délai en question et, partant, du point de savoir si l'inobservation du délai a un effet concret sur les rapports de droit matériel ou si elle ne se reflète que sur le plan procédural, en ce sens qu'il n'est plus possible de faire valoir la prétention litigieuse de la même manière (ATF non publié 9C\_232/2011 du 15 novembre 2011, consid. 5.1). b) En l'occurrence, la question de savoir si la recourante peut demander une restitution de délai peut, en l'espèce, rester ouverte, dès lors que l'applicabilité de l'art. 41 LPGA est à l'évidence exclue; le dépôt d'une demande de rente au sens de l'art. 29 LAI étant un acte matériel, il n'est soumis à aucun délai. La recourante ne peut donc pas prétendre à une restitution de délai. Enfin, il convient de relever que l'arrêt évoqué par la recourante pour justifier l'octroi rétroactif de la rente ( ATAS/481/2011 rendu par la Cour de céans le 16 mai 2011), ne lui est d'aucune utilité. En effet, contrairement au cas d'espèce, le principe de la rétroactivité n'était alors pas litigieux, seul l'était l'étendue de celle-ci. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2009, étant encore précisé qu'il n'était dès lors pas nécessaire d'investiguer le degré d'invalidité présenté par la recourante à compter d'avril 2006. Le recours interjeté contre la décision du 24 juin 2011 doit donc être rejeté. Doivent également être examinés le degré d'impotence présenté par la recourante ainsi que le début du droit à l'allocation pour impotent. a) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42 bis est réservé (al. 1<sup>er</sup> ). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée

comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42 bis al. 5 est réservé (al. 3). b) L'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) précise que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (al. 1<sup>er</sup>). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a), d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b), ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (al. 2). L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a), d'une surveillance personnelle permanente (let. b), de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c), de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d), ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (al. 3). Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé: a. vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne; b. faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne; ou c. éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 39 al. 2 RAI). N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1 (art. 38 al. 3 RAI). c) Selon la jurisprudence, sont déterminants les six actes ordinaires suivants : 1) se vêtir et se dévêtir, 2) se lever, s'asseoir et se coucher, 3) manger, 4) faire sa toilette (soins du corps), 5) aller aux cabinets et 6) se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts (ATF 124 II 247 ; 121 V 90 consid. 3a et les références citées). 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 ; 121 V 94 consid. 6b et les références). Que l'accomplissement des actes ordinaires de la vie soit plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence (RCC 1989 p. 228, 1986 p. 507 et RCC 1986 p. 507 ; ch. 8013 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, CIIAI). 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 d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) ou 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 (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI). S'agissant de l'acte « 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 (ch. 8021 CIIAI). Selon la jurisprudence, 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, cf. également ATF 121 V 94 consid. 6b et les références). Par ailleurs, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que, sous l'angle juridique, il n'y a aucune raison de traiter différemment un assuré qui n'est plus en mesure d'accomplir une fonction (partielle) en tant que telle ou ne peut l'exécuter que d'une manière inhabituelle et un assuré qui peut encore accomplir cet acte, mais n'en tire aucune utilité (ATF 117 V 151 consid. 3b). d) 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 (RCC 1989 p. 190, consid. 3b, 1980 p. 64, consid. 4b; voir no 8020). 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) 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 (ch. 8047 CIIAI). Selon la jurisprudence, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est accordé aux assurés qui, pour des raisons de santé, ne peuvent vivre de manière autonome qu'avec l'aide d'une tierce personne (arrêt non publié du 21 juillet 2008, 9C\_28/2008). L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ATF 133 V 450, consid. 9). 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). 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). 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). 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). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c) 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

due 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). En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante présente un degré faible d'impotence, ce que conteste la recourante. L'intimé a reconnu la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie dès avril 2008 et d'une aide régulière et importante pour un seul acte ordinaire de la vie « faire la toilette » dès novembre 2010. L'intimé s'est fondé sur le rapport du 1<sup>er</sup> mars 2011 établi par Mme I \_\_\_\_\_, infirmière. Selon les conclusions de ce rapport, la recourante n'avait alors besoin d'aucune aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie. La Cour de céans constate que ce rapport se fonde sur une enquête effectuée au domicile de la recourante le 22 février 2011, dont le but était alors limité à la question de savoir quels étaient les empêchements que connaissait la recourante dans la sphère ménagère. Selon les indications fournies par l'enquêtrice à l'issue de cette visite, vu la gravité de l'état de santé de l'assurée, il avait été difficile à l'enquêtrice de procéder à une véritable enquête ménagère, de sorte que seule une note de travail datée du 28 février 2011 a été établie (pièce 69 chargé intimé). Cela étant, la Cour de céans constate que si aucun élément au dossier ne permet de contester les conclusions du rapport concernant les actes ordinaires « se vêtir », « se lever », « manger » et « se déplacer » - la recourante n'ayant manifestement pas besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir ces actes - tel n'est cependant pas le cas des conclusions prises par l'infirmière s'agissant des actes ordinaires « aller aux toilettes » (qui comprend l'aptitude à mettre en ordre les habits avant et après être allée aux toilettes, l'hygiène corporelle / la vérification de la propreté, une façon inhabituelle d'aller aux toilettes) et « faire sa toilette » (qui comprend l'aptitude à se laver, se coiffer, se baigner/se doucher). Le dossier médical fait en effet ressortir sans équivoque que la recourante présente des troubles cognitifs modérés à sévères, de type démence, une alcoolodépendance, auxquels s'ajoutent une double incontinence. La recourante déclare ne pas disposer des capacités physiques et psychiques pour se rendre compte qu'elle doit se rendre aux toilettes, de sorte qu'elle « s'oublie ». L'infirmière a relevé pour sa part que les troubles psychiques et cognitifs dont souffre la recourante sont tels qu'elle n'est plus apte à se prendre en charge. L'infirmière a ainsi constaté que lorsque la recourante est alcoolisée, elle souffre d'incontinence double. Elle doit être stimulée pour effectuer les soins d'hygiène corporelle et elle est régulièrement dans un tel état qu'elle n'est plus capable de se laver et de changer de vêtements seule (rapport d'enquête p. 5). Force est dès lors de constater que les atteintes dont souffre la recourante - une alcoolodépendance, les troubles cognitifs modérés à sévère, type démence et l'incontinence urinaire - l'empêchent d'accomplir d'une manière conforme aux mœurs usuelles l'acte « aller aux toilettes » et « faire sa toilette », étant rappelé que le besoin d'aide pour ces actes ordinaires est relevant quand bien même cette aide est indirecte, c'est-à-dire lorsque la personne assurée est fonctionnellement en mesure d'accomplir elle-même un acte ordinaire de la vie, mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou de manière inappropriée si elle était livrée à elle-même (ch. 8029 CIIAI). La Cour de céans relèvera par ailleurs que le fait que la recourante ait indiqué à M. H \_\_\_\_\_ qu'elle conserve son autonomie pour les activités de base n'est, en l'occurrence, pas pertinent vu les troubles cognitifs modérés à

sévères mis en évidence par ce psychologue, lesquels seraient le signe d'une atteinte diffuse de l'encéphale correspondant à une démence (rapport du 19 octobre 2010). Enfin, contrairement à ce qu'allègue la recourante, aucune pièce au dossier ne permet de retenir la nécessité d'une surveillance personnelle permanente. En effet, il n'apparaît nullement que si la recourante est laissée sans surveillance, elle mettrait en danger de façon très probable soit elle-même, soit des tiers. Compte tenu du besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie et le besoin d'aide pour les actes « aller aux toilettes » et « faire sa toilette », il y a lieu de retenir que la recourante présente une impotence de degré moyen. Il convient encore de se prononcer sur le début du droit à l'allocation pour impotent. a) En vertu de l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40 al. 1<sup>er</sup> de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS ; RS 831.10), ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI. Une note de bas de page précise qu'il s'agit actuellement de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> let. b LAI. Selon cette dernière disposition, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable. Le Tribunal fédéral a confirmé qu'il faut bien se référer à l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> let. b LAI depuis l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI, et non à l'art. 29 al. 1 LAI (ATF 137 V 351 consid. 4 et 5). Enfin, l'art. 35 al. 1 RAI prévoit que le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées. La recourante est d'avis que son incapacité à faire face à son quotidien remonte à avril 2006, date de la découverte de la cirrhose hépatique, alors que l'intimé a retenu que la nécessité d'un accompagnement durable existe depuis avril 2008 et l'incapacité à faire sa toilette dès novembre 2010. c) En l'espèce, il résulte clairement du rapport du Dr M\_\_\_\_\_, médecin traitant qui a répondu spécifiquement aux questions portant sur l'impotence de la recourante, que l'aide pour effectuer les actes ordinaires de la vie est devenue nécessaire depuis 2008 (rapport du 2 mars 2011). On relèvera que le Dr L\_\_\_\_\_ a également relevé qu'à compter d'avril 2008, la recourante était incapable de travailler (rapport du 30 mars 2009). Si la recourante présente certes des atteintes à la santé depuis en tout cas 1994 (rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 4 mars 2009) et que son état s'est détérioré à la suite du décès de sa mère en août 2006, les pièces versées au dossier ne permettent cependant pas de retenir que ces atteintes, et notamment la cirrhose diagnostiquée en avril 2006, la rendaient inapte à accomplir des actes ordinaires de la vie quotidienne avant avril 2008. Enfin, ni la demande de mise sous tutelle effectuée en janvier 2007, ni l'aide pour le ménage sollicitée en 2007, ne sont déterminantes pour établir le début de l'impotence. Par ailleurs, l'intimé a retenu que c'est seulement à compter de novembre 2010 que la recourante est dans l'incapacité de faire sa toilette. La Cour de céans constate que si le Dr M\_\_\_\_\_ a effectivement fait une demande auprès de la FSASD pour une aide à la toilette en novembre 2010 (selon la note de travail établie le 3 mai 2011 par Mme I\_\_\_\_\_), ce fait ne permet aucunement de retenir que l'incapacité pour effectuer cet acte a débuté à ce moment-là seulement. En effet, le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 2 mars 2011 fait état d'une aide nécessaire depuis 2008. Qui plus est, il ressort du rapport d'enquête de Mme I\_\_\_\_\_, que lorsque la recourante est alcoolisée, elle doit être stimulée pour effectuer les soins d'hygiène corporelle, n'étant plus capable de se laver et de changer de vêtements seule (rapport d'enquête p. 5). Or, il résulte des rapports versés à la procédure que la recourante,

qui souffre d'une alcool-dépendance sévère depuis de nombreuses années, n'a pas pu maintenir une abstinence depuis 2003 (rapport du 10 avril 2007 du Dr L. \_\_\_\_\_). Il peut dès lors être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la nécessité d'une aide régulière et importante pour l'acte « faire sa toilette » existait dès avril 2008 également. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir qu'à compter d'avril 2008 la recourante a présenté la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie ainsi qu'une aide régulière et importante pour les actes « faire sa toilette » et pour « aller aux toilettes ». En tenant compte du délai d'attente d'une année, conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, il en découle que le droit à une allocation pour impotent de degré moyen s'est ouvert au plus tôt au mois d'avril 2009. Se pose enfin la question de savoir si la recourante a droit au versement rétroactif de l'allocation pour impotent dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, vu le dépôt de sa demande le 23 février 2011. S'agissant de la question du versement rétroactif de l'allocation pour impotent, l'art. 48 al. 2 aLAI prévoyait que si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Avec l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI, l'art. 48 aLAI a été abrogé. Il s'ensuit que pour toutes les prestations pour lesquelles le début du droit n'est pas spécialement réglé dans la LAI - soit l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires - c'est l'art. 24 al. 1 LPGA qui s'applique (cf. Message du Conseil fédéral du 24 février 2010 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 6<sup>ème</sup> révision, premier volet, FF 2010 1702). L'art. 24 al. 1 LPGA prévoit que le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En l'occurrence, la demande d'allocation pour impotent ayant été déposée le 23 février 2011, la recourante a droit au versement rétroactif de l'allocation pour impotent dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, conformément à l'art. 24 al. 1 LPGA. Nul n'est dès lors besoin d'examiner l'impossibilité pour l'assurée et son curateur de déposer une demande d'allocation pour impotent avant le 23 février 2011. Il s'ensuit que le début du droit à l'allocation pour impotent tel que retenu par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. Par conséquent, le recours interjeté contre la décision 17 mai 2011 sera partiellement admis, en ce sens que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> avril 2009. L'intimé versera à la recourante, représentée par un mandataire professionnel, une indemnité à titre de dépens de 1'500 fr. En outre, chaque partie supportera émolument de justice de 500 fr., chacune succombant dans une procédure. \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare les recours des 17 juin et 26 août 2011 recevables. Au fond : Admet partiellement le recours du 17 juin 2011 contre la décision du 17 mai 2011. Annule la décision du 17 mai 2011 en tant qu'elle octroie une allocation pour impotent de faible degré à domicile dès le 1<sup>er</sup> avril 2009. Dit que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré moyen à domicile dès le 1<sup>er</sup> avril 2009. Rejette le recours du 26 août 2011. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Met un émolument de 500 fr. à la charge de la recourante. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de dépens. 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 Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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