

GE_GERICHTE A/2816/2011 vom 30. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2816_2011

FR: GE_GERICHTE A/2816/2011 du 30 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/2816/2011 del 30 maggio 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame R_____, domiciliée à Avully, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame R_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1952, mère de deux enfants, était ménagère. En février 1986, elle a souffert d'une méningite bactérienne et d'un ramollissement occipito-pariétal gauche ayant laissé des séquelles neuropsychologiques, notamment des troubles mnésiques et praxiques. Dans un rapport d'examen aphasiologique du 20 février 1987, le Dr A_____ de la Polyclinique de neurologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) a noté que l'assurée n'avait plus de difficulté de langage oral en expression ou en compréhension. La lecture avait bien progressé. Les difficultés gestuelles s'étaient également amendées. Il y avait encore des erreurs fugaces d'orientation d'objets spontanément corrigées, apparaissant le plus souvent avec la main droite. L'assurée avait bien récupéré depuis avril 1986, les difficultés gestuelles étaient très discrètes et n'apparaissaient que sporadiquement. Les séquelles d'alexie persistaient mais la rééducation prendrait fin au printemps 1987. Selon l'enquête économique ménagère du 26 août 1987, l'assurée présentait un empêchement de 50 % dans l'accomplissement des tâches ménagères, que son époux assumait désormais. S'agissant des actes ordinaires de la vie, elle avait besoin d'aide pour couper les aliments durs, ne pouvait se doucher ou se baigner sans la présence d'un tiers et ses enfants devaient lui laver le dos. Elle ne pouvait plus écrire et ne pouvait lire que des choses élémentaires. Son mari assumait 11 à 12 heures de travail par semaine dans le ménage et une aide-familiale l'aidait également à raison de 11 à 12 heures hebdomadaires. L'assurée avait de la peine à organiser son travail et son époux devait lui donner des consignes quotidiennes. Il s'occupait également des courses importantes ou lourdes. Elle cuisinait des repas simples, son mari lui indiquant à quelle heure elle devait les préparer en fonction du temps de cuisson. Il lui était impossible de faire le ménage à fond de la cuisine, retourner les matelas, déplacer des meubles, nettoyer les toilettes et la baignoire, faire les vitres, lessiver les murs, faire les gros nettoyages de même qu'étendre le linge, repasser ou coudre. Elle ne pouvait plus aider son fils de 10 ans à faire ses devoirs car elle ne suivait plus. Par décision du 10 février 1988, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après l'OAI) a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité ainsi que d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} février 1987. Dans un questionnaire d'allocation pour impotent rempli le 22 janvier 1991, le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne a indiqué que l'assurée avait besoin d'aide pour couper les aliments, se peigner et se laver les cheveux. L'assurée n'avait en revanche pas besoin d'aide pour se laver. Il a noté qu'une certaine gêne subsistait pour certains travaux tels que coudre ou éplucher des légumes. Lors d'une première révision en 1991, la demi-rente et l'allocation pour impotent

ont été maintenues. Dans le cadre de la deuxième procédure de révision initiée par l'OAI, l'assurée a indiqué dans le questionnaire du 23 août 2004 que son état de santé n'avait pas changé. Elle exerçait une activité de concierge à temps partiel depuis le 1^{er} novembre 1995 à raison de deux heures par jour. Elle a indiqué ne pas devoir être aidée pour les actes ordinaires de la vie tels que se vêtir ou se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, ou établir des contacts. Elle n'avait en outre besoin ni de soins permanents ni d'une surveillance personnelle, ni d'un accompagnement permanent pour faire face aux nécessités de la vie. La Dresse C _____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 8 juin 2005, aux termes duquel l'assurée avait présenté en 1986 une méningite bactérienne à pneumocoques compliquée d'un coma, dont l'évolution avait été caractérisée par un hémisyndrome moteur droit associé à des troubles neuropsychologiques. Au vu des séquelles persistantes anamnestiques objectives à l'examen neurologique et des importantes séquelles révélées par l'IRM cérébrale, le médecin a conclu qu'aucune amélioration ne pouvait être espérée et qu'une invalidité de 50 % paraissait justifiée. La praticienne a joint les documents suivants à son rapport: rapport du Dr D _____, spécialiste FMH en neurologie, du 24 mai 2005, dans lequel ce médecin a indiqué que l'examen neuropsychologique succinct confirmait l'apraxie constructive associée à des difficultés marquées dans la lecture et l'écriture, que l'examen neurologique montrait essentiellement un ralentissement dans la réalisation de gestes rapides avec la main droite et une certaine part d'apraxie lors de l'utilisation de certains objets. L'assurée signalait des difficultés dans certains gestes du quotidien (couper ses ongles, étendre du linge, coudre des boutons ou à la machine, couper avec un couteau ou se laver les cheveux). Compte tenu des séquelles neuropsychologiques, neurologiques et ophtalmologiques, une invalidité de 50 % semblait justifiée; rapport du 26 mai 2005 de la Dresse E _____, spécialiste FMH en ophtalmologie, mentionnant une nette amélioration du champ visuel en 2005 par rapport à celui de fin 2003. Dans son rapport du 4 juin 2007, la Dresse C _____ a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. A la suite de la découverte d'un méningocèle en avril 2005, une intervention avait été pratiquée par le Dr F _____ le 20 juin 2005 et depuis lors, l'assurée présentait des maux de tête à gauche. Elle souffrait également d'une bursite et d'une tendinopathie avec conflit antéro-supérieur de l'épaule gauche traitées par infiltration, physiothérapie et suivi rhumatologique, entraînant une importante diminution de la mobilité du bras gauche sans influence sur sa capacité de travail de 45 %. L'assurée n'avait pas eu d'arrêt de travail. S'agissant des suites de la méningite bactérienne de 1986 avec les importantes séquelles révélées par l'IRM cérébrale, elles ne s'étaient pas modifiées depuis juin 2005. Les difficultés pour les gestes du quotidien, les céphalées, les troubles du langage, de l'écriture, de la lecture, les troubles mnésiques et la diminution de la force de l'hémicorps droit subsistaient. L'OAI a procédé à une nouvelle enquête en date du 18 octobre 2007 portant sur les activités ménagères. Le degré d'empêchement dans les travaux ménagers de l'assurée était de 27 %. Une femme de ménage l'aidait à raison de 2.5 heures par semaine tous les 15 jours et s'occupait notamment du nettoyage à fond de la cuisine et des vitres. L'assurée pouvait organiser son ménage sans trop de difficultés, mais achetait parfois à double et avait des oublis. Elle pouvait préparer les repas seule, se débrouillait pour éplucher et couper les légumes et les fruits. Elle avait beaucoup de difficultés à nettoyer la salle de bain, faire les grands nettoyages et les vitres. Si elle se chargeait de la lessive sans trop de problèmes, elle ne pouvait repasser. Elle avait en outre une activité de bénévole une fois par mois, confectionnant un gâteau et tenant compagnie à des personnes âgées. Elle gardait également

son petit-fils de 13 mois une fois par semaine. L'enquêtrice a noté que la maladie subie en 1986 avait laissé des séquelles mais que l'assurée s'était bien adaptée à sa situation. Elle s'occupait désormais d'une conciergerie à raison de deux heures par jour, s'occupait de récolter l'argent dans les lave-linge de l'immeuble, balayer et passer la serpillière dans les escaliers et des contacts nécessaires avec la régie. Son mari l'aidait à changer les néons des allées. S'agissant des actes ordinaires de la vie, l'enquêtrice a conclu à l'amélioration de la situation. Pour couper les aliments, l'assurée éprouvait quelques difficultés mais y parvenait néanmoins. Elle était autonome pour prendre une douche. Elle se faisait laver les cheveux par une amie coiffeuse car il était difficile de le faire elle-même et se rendait chez la pédicure une fois par mois. Elle souffrait d'une légère incontinence urinaire. Elle pouvait sortir sans être accompagnée dans la région et conduisait sur de petits trajets. S'agissant de l'accompagnement durable, l'enquêtrice a noté que l'assurée bénéficiait d'une petite aide de son mari pour la vie quotidienne mais il ne s'agissait pas là d'une aide régulière et importante. L'assurée ne savait pas toujours quel jour on était mais il lui suffisait alors de consulter son téléphone. Elle n'avait pas vraiment besoin d'aide pour structurer sa journée ou pour faire face aux situations quotidiennes, elle gérait l'alimentation, l'hygiène, les relations de voisinage sans difficulté. Son mari l'aidait pour le courrier et les démarches administratives. Il devait également lui rappeler certains points pour le ménage (récuser des coins par exemple). Elle pouvait aller seule chez son physiothérapeute ou son médecin mais avait de la difficulté à se rendre en ville. Elle se sentait angoissée à l'idée de rester seule plus d'un jour ou deux, craignant d'oublier d'éteindre des appareils électroménagers. Elle gérait sa médication elle-même. Le 11 avril 2008, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de suppression de rente et d'allocation pour impotent. L'assurée a contesté le projet de décision par courrier reçu le 30 avril 2008. Elle a transmis à l'OAI plusieurs rapports médicaux. Lors de son audition par l'OAI le 19 mai 2008, l'assurée a notamment communiqué à l'OAI un rapport du 5 février 2008 du Dr D_____, dans lequel ce dernier a indiqué que l'assurée avait présenté une faiblesse des membres inférieurs en décembre 2007 s'associant à des paresthésies des membres supérieurs, ce qui avait conduit à une hospitalisation en neurologie en janvier 2008, où le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré avait été retenu. L'examen neurologique montrait, outre les séquelles du ramollissement temporo-occipito-pariétal gauche de 1986, une faiblesse proximale modérée des membres inférieurs essentiellement au niveau de l'ilio-psoas. Elle a également produit le rapport du 5 février 2008 du Professeur G_____, de la Clinique de neurologie des HUG, faisant état d'un syndrome de Guillain-Barré sensitif à prédominance proprioceptive d'évolution favorable avec quasi-normalisation de la démarche à la sortie, ainsi que le rapport du 16 octobre 2007 du Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mentionnant un accident le 8 juin 2007 avec lésion du ligament latéral interne de stade II du genou droit, sans indication chirurgicale. Par courrier du 28 mai 2008, l'assurée a amené certaines précisions relatives aux enquêtes ménagères et pour impotence réalisées par l'enquêtrice. Elle a ainsi ajouté certaines dates d'accidents et de maladies et indiqué qu'elle n'exerçait plus d'activité bénévole. L'assurée a également précisé qu'elle souffrait d'une incontinence urinaire non pas légère mais forte. S'agissant de son activité professionnelle, il lui fallait 20 heures par semaine pour effectuer un travail correspondant à une activité exercée à 25 % et certaines tâches étaient déléguées à son mari ou à ses fils. Elle a déclaré souffrir des empêchements suivants: incapacité à se couper les ongles des pieds, à étendre le linge avec des pinces à linge, à repasser, coudre des boutons, tenir un parapluie, se laver et sécher les cheveux, couper les légumes sans se blesser aux mains, lire des imprimés en

petits caractères, fermer les boutons d'une blouse, ouvrir une boîte de conserve, servir la salade, retirer, laver et réinstaller les rideaux, se brosser les dents, s'organiser. Elle avait toujours peur d'être en retard, préparer les repas lui prenait plus d'une heure trente, elle se brûlait en sortant les aliments du four, faisait le ménage à quatre pattes pour éviter toute perte d'équilibre, avait du mal à ouvrir une bouteille, boire avec un bol et attacher des colliers. Elle a également mentionné plusieurs troubles physiques tels que maux de tête et fourmillements. Dans son avis du 14 juillet 2008, le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR), a relevé que l'assurée était capable de conduire. On pouvait dès lors en déduire que les troubles neuropsychologiques n'étaient pas importants. De plus, l'assurée gérait son quotidien quasi normalement et elle s'était bien adaptée au handicap, qui s'était amoindri de moitié environ. Par deux décisions datées du 1^{er} octobre 2008, l'OAI a supprimé l'allocation pour impotent de l'assurée et la rente d'invalidité au 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision, motif pris que l'évolution de l'état de santé était favorable concernant les actes ordinaires de la vie et que le statut s'était modifié en raison de la reprise d'une petite activité de concierge à hauteur de 28%. Le degré d'invalidité de 19% était insuffisant pour maintenir le droit à une demi-rente d'invalidité. L'OAI a retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a interjeté recours en date du 5 novembre 2008 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), alors compétent, contestant que son état de santé se soit amélioré. Elle a relevé au surplus qu'à compter de fin janvier 2009, elle n'exercerait plus l'activité de concierge, le contrat ayant été résilié par son employeur. Par arrêt incident du 1^{er} décembre 2008 (ATAS/1427/2008), le Tribunal a rejeté la requête en rétablissement d'effet suspensif de l'assurée. Lors de l'audience qui a eu lieu en date du 8 avril 2009, le Tribunal a entendu l'assurée. Celle-ci a déclaré que sans problèmes de santé, elle aurait repris une activité lucrative un ou deux jours par semaine une fois ses enfants élevés. Ses fils ne vivaient plus à la maison. Elle avait pris une conciergerie pour s'occuper, faire travailler sa tête et cela tenait lieu de physiothérapie. Néanmoins, lors de cette activité, elle se tapait la tête en raison de ses problèmes de vision. Elle n'arrivait pas à l'assumer complètement, ce qui avait conduit à des reproches des locataires. L'intervention à la tête en 2005 l'avait beaucoup fatiguée. L'ophtalmologue lui avait conseillé de recommencer à conduire un tout petit peu, en tous cas pour venir à son cabinet, en 1987 ou 1988. Elle ne conduisait que sur de petits trajets mais jamais pour aller en ville ou sur l'autoroute. En outre, toutes les démarches officielles, les affaires administratives étaient assumées par son fils aîné. S'agissant de l'enquête ménagère, elle avait fait venir la femme de ménage le matin même afin que la maison soit impeccable. L'infirmière s'était contentée de lui poser des questions et mettre des croix dans le questionnaire. Lors de l'audience du 3 juin 2009, le Tribunal a procédé à l'audition de plusieurs témoins. Monsieur R_____, fils de la recourante, a déclaré que les travaux de conciergerie de sa mère consistaient à nettoyer les six allées et à aider le voisinage. Elle rendait service aux voisins, gardait les clés lorsqu'ils partaient en vacances, faisait la monnaie pour la machine à laver. Il fallait compter environ une matinée par semaine pour nettoyer les allées et les autres travaux s'effectuaient au coup par coup. Le témoin l'aidait assez souvent à nettoyer les allées car il y avait notamment des baies vitrées très hautes et elle ne pouvait pas le faire. Son père aidait également l'assurée pour les travaux de conciergerie et assumait la conciergerie d'autres immeubles. S'agissant de l'évolution de son état de santé, le témoin a déclaré que l'assurée avait réappris à écrire mais avait encore des problèmes, particulièrement de mémoire et d'orthographe, qui

n'existaient pas avant sa maladie. Elle ne pouvait pas non plus composer clairement des phrases. Elle lâchait beaucoup de choses et connaissait des problèmes d'équilibre, elle ne pouvait ainsi pas monter sur une échelle. Elle avait besoin d'aide régulière au niveau administratif surtout, prodiguée par le témoin. A la suite de la décision de l'OAI, elle avait eu recours au chômage mais le témoin avait dû s'occuper des démarches et des voisins l'aidaient aussi pour faire des lettres. Le témoin et son épouse servaient les repas lorsqu'ils rendaient visite à sa mère au domicile de celle-ci. Monsieur R_____, époux de la recourante, a également été entendu. Il a exposé que son épouse avait pris une activité de conciergerie à la fois pour s'occuper et pour des raisons financières. Elle avait exercé un emploi à plein temps avant leur mariage et à mi-temps après, avant de se consacrer à leurs deux enfants. En tant qu'indépendant, le témoin avait des revenus très variables et le salaire de conciergerie était ainsi un revenu d'appoint nécessaire. L'assurée s'occupait des travaux légers de la conciergerie, elle balayait notamment. Le témoin assumait les travaux lourds et plus risqués tels que changer les néons par exemple, car l'assurée ne pouvait monter sur une échelle. Le balayage prenait environ une heure et demie par jour mais pas tous les jours. Leur fils les aidait aussi de temps en temps. A la suite de sa maladie, l'état de santé de son épouse s'était lentement amélioré mais elle n'avait jamais récupéré toutes ses fonctions. Elle avait toujours des problèmes de santé depuis les années 2000, et allait moins bien depuis quelque temps. Le témoin a déclaré qu'il assurait une bonne partie des tâches ménagères. Il préparait notamment les repas lors des invitations. L'assurée ne parvenait pas bien à planifier les choses et avait beaucoup d'oublis. Le témoin devait régulièrement contrôler les activités de l'assurée, par exemple lui rappeler de mettre du sel ou d'autres ingrédients lors de la préparation des repas. Il l'accompagnait également pour les courses, faute de quoi l'assurée oubliait beaucoup de denrées, ne vérifiait pas leur qualité ou se trompait dans ses achats. Elle était incapable d'assurer les activités administratives, les oubliait, les faisait mal, ce qui n'était pas le cas avant sa maladie. Il ignorait quelle activité lucrative son épouse pourrait exercer. Le Dr D_____, que la Cour a aussi entendu, a quant à lui déclaré qu'il avait vu l'assurée pour la première fois en mai 2005. L'examen neuropsychologique avait mis en évidence une apraxie, c'est-à-dire des difficultés dans les actes de la vie ordinaire avec ou sans objet, une alexie, c'est-à-dire des difficultés importantes pour la lecture, une amputation du champ visuel à droite et des difficultés de force de l'hémicorps droit. Les troubles du langage s'étaient améliorés en 2005 par rapport à 1986. Du point de vue de la motricité, son état de santé s'était aussi amélioré par rapport à 1986, dès lors qu'elle présentait à l'époque de grosses séquelles suite à un état comateux. Le témoin ne pouvait en revanche pas se prononcer sur l'état de santé de l'assurée de la fin des années 90 jusqu'au début de l'année 2000. En 2005, il était d'avis qu'une rente d'invalidité de 50 % était justifiée. Il a précisé que l'apraxie était une limitation dans l'organisation cérébrale des mouvements et que l'assurée présentait une apraxie idéomotrice, c'est-à-dire la non-capacité d'utilisation d'un objet pour sa fonction. Cela entraînait des difficultés dans les tâches ménagères, moins importantes pour des travaux de nettoyage simples que pour une activité de précision, et avait des répercussions dans une activité lucrative. Une activité de bureau était totalement impossible en raison des difficultés de lecture mais également de compréhension des textes. Le témoin avait revu l'assurée en février 2008 à la suite de son hospitalisation en raison d'un syndrome de Guillain-Barré, soit une atteinte du système nerveux périphérique. L'assurée avait bien évolué et n'avait plus de séquelles de cette atteinte, complètement indépendante de la méningite. Le Dr D_____ avait alors effectué un examen neurologique plus axé sur l'atteinte périphérique que sur les

conséquences neurologiques de la méningite et ne s'était pas prononcé sur la situation neuropsychologique. Un nouvel examen neuropsychologique avait été réalisé en mai 2009, de même qu'un examen des mains qui avait révélé un syndrome du tunnel carpien des deux mains. Sur le plan neuropsychologique, la situation était superposable à 2005. La patiente présentait toujours les mêmes troubles, à savoir une lecture laborieuse et une paraphasie. Il s'agissait d'un problème du langage, il lui manque parfois des mots ou elle les déformait. Il y avait également des erreurs dans les calculs simples. Elle présentait également des troubles des gnosies, soit des difficultés à reconnaître différentes images superposées qui s'entrelacent. Une IRM cérébrale et un scanner pratiqués en mai 2009 avaient montré les importantes lésions séquellaires déjà connues et inchangées par rapport à 2005. L'assurée avait à l'époque été opérée d'une fistule par le Dr F_____. La nouvelle IRM cérébrale avait pour but de vérifier ou d'infirmer la suspicion d'une nouvelle fistule. L'IRM a montré quelque chose, mais il n'était pas encore absolument certain qu'il s'agisse d'une fistule. D'autres examens seraient probablement pratiqués à la demande du neurochirurgien. La fistule pouvait être due aussi bien à des complications de la méningite qu'à un traumatisme crânio-cérébral subi huit ans avant la méningite. Une nouvelle fistule pouvait être dangereuse en raison du risque d'infection. Le témoin a ajouté que l'assurée ne présentait pas de troubles de l'équilibre majeurs, ni de troubles de la coordination des mouvements. Par contre, en raison des lésions cérébrales, elle présentait des troubles de la concentration, des difficultés pour programmer des choses ainsi que des difficultés pour soutenir un effort dans les domaines altérés. Elle était plus fatigable. S'agissant des tâches ménagères, l'assurée encourait un risque en théorie, mais pas en pratique. Elle ne se blesserait pas forcément en raison de son apraxie. Compte tenu du degré de cette atteinte, l'assurée était capable de savoir de quel côté se saisir d'un couteau. Par courrier du 24 juin 2009, l'assurée a transmis au Tribunal le rapport du Dr F_____, médecin-adjoint du service de neurochirurgie des HUG, faisant état d'une éventuelle reprise de fistule de liquide céphalo-rachidien, à investiguer et précisant qu'il n'avait aucune modification à amener à l'évaluation détaillée du Dr D_____. Par arrêt du 14 août 2009, le Tribunal a annulé les décisions litigieuses et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme notamment d'une expertise neuropsychologique et nouvelle décision. Dans un certificat médical du 10 décembre 2009, le Dr J_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une fracture tassement du mur antérieur de la vertèbre thoracique en juillet 2009, survenue lors d'une crise d'épilepsie durant le séjour de l'assurée à l'hôpital et apparaissant dans un contexte de fragilité osseuse. Toute activité physique nécessitant le port de charges même légères était définitivement proscrite. Dans son rapport du 16 décembre 2009, la Dresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics psychiatriques suivants en précisant qu'ils avaient des répercussions sur la capacité de travail: trouble organique de la personnalité et du comportement dû à une maladie, une lésion ou un dysfonctionnement cérébral, sans précision (F 07.9), trouble cognitif organique sévère (F 06.7), trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). Le pronostic était très mauvais, l'état de santé s'était aggravé depuis le syndrome de Guillain-Barré qui avait été l'élément déclencheur de la dépression de l'assurée en raison des nouvelles limitations auxquelles elle avait dû se confronter. Sur le plan psychique, l'activité exercée auparavant n'était plus exigible du tout au vu de l'état clinique et l'incapacité de travail était définitivement nulle tant du point de vue physique que psychique. Les difficultés étaient apparues depuis janvier 2009 (sic) en raison du syndrome de Guillain-Barré et de la

dépression présents dès cette date. La Dresse K_____ a indiqué que la préhension avec la main droite était devenue impossible et que l'assurée était droitière. Elle était impotente et avait besoin de l'aide de son mari pour se laver, s'habiller, se laver les cheveux et se coiffer. Elle ne pouvait plus faire le ménage seule, ni cuisiner, ni faire les courses. Sa dépendance s'était accentuée depuis le syndrome de Guillain-Barré. Dans son rapport du 28 janvier 2010, le Dr D_____ a fait état des diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail: séquelles d'une méningite bactérienne à pneumocoques avec ramollissement frontal gauche, pariéto-temporo occipital gauche et pariétal droit avec troubles cognitifs et visuels depuis 1986, ostéoporose avec fracture tassement de D6 au niveau du mur antérieur en 2009 et surdité droite. L'incapacité de travail était totale et définitive dans l'activité de concierge. L'assurée avait des difficultés pour la lecture, la compréhension et la concentration ainsi que dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne et l'habillage. La Dresse C_____ a mentionné dans son rapport du 8 février 2010 une fracture de D6. L'incapacité de travail était totale. Pour le surplus, elle s'est référée au rapport du Dr D_____. Monsieur S_____, psychologue et spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a procédé à l'expertise neuropsychologique de l'assurée à la demande de l'OAI. Après avoir relaté l'anamnèse de l'assurée, il a recensé les plaintes de celle-ci. Elle indiquait ne plus pouvoir exercer d'activité hormis le ménage (balai et aspirateur sans repassage) et la cuisine, cette dernière activité étant exercée sur les instructions de son époux qui lui indiquait quand mettre les aliments à cuire en raison de ses défauts d'organisation. Elle se considérait très désorganisée et affirmait ne plus pouvoir faire de gestes fins tels que couture ou tricot. Elle craignait de sortir seule de chez elle, évoquait des incompréhensions et des oublis massifs et une grande fatigabilité. L'expert a noté un langage plutôt fluide. La compréhension verbale était préservée mais la lecture présentait un déficit sévère et l'écriture était lente et perturbée. L'assurée ne présentait pas d'apraxie idéatoire dans l'utilisation de lunettes, d'allumettes ou d'une paire de ciseaux, mais l'utilisation de cet outil était maladroite, probablement en raison du manque de force de la main droite. Après avoir procédé à un examen complet, le neuropsychologue a fait état d'une hémianopsie droite et d'un langage relativement fluent en expression orale mais avec des achoppements, des erreurs phonétiques et d'occasionnels manques du mot. La dénomination sur image était limitée, la compréhension orale grosso modo préservée. Le langage écrit était en revanche sévèrement altéré tant en production qu'en lecture, la compréhension écrite était modérément atteinte. Il y avait également des troubles praxiques constructifs et des troubles de la reconnaissance visuelle, des troubles sévères du calcul oral et écrit et de lecture des chiffres, des troubles exécutifs, un ralentissement sévère, des troubles sévères de la mémoire épisodique et des signes de défaut d'abstraction à des tâches non spécifiques. Les atteintes recensées étaient strictement superposables à celles relevées par le Dr D_____ dans son rapport de 2005 et constituaient des séquelles permanentes de la méningite et du ramollissement cérébral subis en 1986. La capacité de travail était réduite à néant par les troubles neuropsychologiques. L'activité de concierge avait pu être exercée en s'épargnant les travaux les plus lourds impossibles du fait de la perte de force au bras droit et parce qu'il n'y avait pas d'exigence de rendement dans ce travail. Il n'existait très probablement aucune activité adaptée aux handicaps cognitifs de l'assurée. L'expert a ajouté que l'assurée ne devait plus conduire. Un bilan ergothérapeutique à domicile lui paraissait indiqué pour évaluer le degré réel d'autonomie de l'expertisée dans les activités ménagères. Dans son avis du 6 décembre 2010, le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au SMR, a considéré que l'appréciation de l'expert ne donnait

aucun élément objectif permettant de remettre en question l'enquête ménagère et relative à l'allocation pour impotent du 18 octobre 2007. Une aggravation ultérieure de l'état de santé avec une fracture de la vertèbre en juillet 2009 et un état dépressif sévère observé dès novembre 2009 pouvait influencer les répercussions des troubles neuropsychologiques sur l'empêchement ménager. Une nouvelle enquête à domicile s'imposait pour évaluer les empêchements ménagers et l'impotence. Cette enquête a été réalisée le 7 décembre 2010 . L'enquêtrice a noté une incapacité totale de travail depuis juillet 2009 et retenu un taux d'empêchement dans le ménage de 46.75 %. Elle a noté que l'assurée avait beaucoup de peine à s'organiser dans la conduite du ménage, les troubles de mémoire, les troubles cognitifs et l'état dépressif étaient plus importants. Elle avait recours à des moyens mnémotechniques pour s'organiser et comptait sur l'aide de son mari et de son fils. Elle avait beaucoup de peine à cuisiner et mélangeait les étapes. Elle ne pouvait plus porter de casseroles lourdes et n'arrivait à remplir et vider le lave-vaisselle qu'à genoux. Le nettoyage de la cuisine était assuré par une femme de ménage qui venait deux heures trente ou trois heures par semaine. Elle parvenait tout juste à balayer, affirmant effectuer cette tâche à quatre pattes. Elle accompagnait son mari pour faire les courses et ne faisait que rarement des emplettes. Les tâches administratives étaient assurées par son mari, son fils et une fiduciaire. Elle s'occupait de la lessive mais ne pouvait pas repasser en raison du risque de brûlure. Elle sortait parfois son chien. Elle ne pouvait plus garder ses petits-enfants comme elle le souhaitait mais elle allait chercher son petit-fils à l'école une fois par semaine en voiture et le ramenait à la maison, où ils mangeaient le repas préparé par son mari et son fils. L'enquêtrice n'a noté aucun empêchement dans les actes ordinaires de la vie. L'assurée ne portait pas de vêtements avec des boutons car elle avait de la peine à les fermer. Elle avait également des difficultés à couper le pain et les légumes mais essayait de se débrouiller sans aide. Elle n'arrivait pas à se laver les cheveux mais pouvait se doucher seule. Elle ne souffrait plus d'incontinence urinaire depuis janvier 2009. S'agissant de la nécessité d'un accompagnement durable, elle avait de la peine à se souvenir de la date et avait disposé des calendriers partout. Elle avait besoin d'aide pour la préparation des repas et pour se nourrir correctement, ainsi que pour les tâches administratives et pour le ménage, qu'elle peinait à organiser et planifier. Elle préférait être accompagnée pour les activités hors du domicile mais utilisait encore sa voiture pour se rendre chez son médecin ou chez le physiothérapeute. Elle n'avait quasiment jamais été seule plus de quelques jours depuis 1986. Elle préparait elle-même son semainier et gérait la prise des médicaments. L'enquêtrice a constaté que l'assurée avait besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie quotidienne depuis juillet 2009 mais n'avait pas vraiment besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie. En conséquence, l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible dès juillet 2010, soit après un délai de carence d'une année, était suggéré. Par projets de décisions datés du 3 janvier 2011, l'OAI a octroyé trois quarts de rente à l'assurée dès le 1^{er} juillet 2010 en tenant compte d'une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle exercée à 28 % et d'une incapacité de 47 % dans les travaux habituels exercés à 72 %, ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 62 %, ainsi qu'une allocation pour impotent dès le 1^{er} juillet 2010, tenant compte d'une dégradation de l'état de santé survenue en juillet 2009. Par courrier du 2 février 2011, la Dresse K_____ a pris position sur les projets d'acceptation de rente et d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible en soulignant notamment que le bilan ergothérapeutique recommandé par le neuropsychologue afin d'évaluer les empêchements ménagers n'avait pas été réalisé, et que l'enquête effectuée en lieu et place par la même infirmière que celle qui était à l'origine du

bilan erroné conduisant à la suppression de la rente en 2008. Par courrier du 3 février 2011, l'assurée a requis qu'un bilan ergothérapeutique soit effectué. Dans son avis du 21 février 2011, le Dr L_____ a noté que ni les rapports médicaux établis entre 1986 et juillet 2009 ni l'assurée dans sa liste de plaintes du 28 mai 2008 ne mentionnaient un état dépressif ou une labilité émotionnelle, qui n'auraient d'ailleurs pas échappé aux médecins traitants de l'assurée, même non psychiatres. Partant, une aggravation de l'état psychique pouvait être retenue dès juillet 2009, aggravation qui s'expliquait également par la crise d'épilepsie durant le séjour hospitalier de l'assurée. Par courrier du 28 juin 2011, la Dresse K_____ a affirmé à l'OAI que l'allocation pour impotent devait être accordée à la même date que la rente pour invalidité, l'état de l'assurée ne s'étant pas modifié depuis le 1^{er} décembre 2008. Par courrier du même jour rédigé par le fils de l'assurée, celle-ci s'est opposée à la date retenue pour l'octroi d'une allocation pour impotent en soulignant que les séquelles de sa méningite ne s'étaient jamais atténuées depuis 1986. Par décision du 15 juillet 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} juillet 2010, soit après un délai de carence d'une année, motif pris qu'elle avait besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie depuis juillet 2009, date à laquelle son état de santé s'était aggravé. Par décision du 25 juillet 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2008 au 30 avril 2009, trois-quarts de rente du 1^{er} mai 2009 au 30 septembre 2009 et une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2009. Il a retenu que l'assurée avait un statut mixte avec une activité professionnelle à mi-temps. Dès le 1^{er} décembre 2008, elle présentait un degré d'invalidité de 41 %, correspondant à une incapacité de gain de 53 % et un empêchement dans les travaux ménagers de 27 % ; dès le 1^{er} février 2009 un degré d'invalidité de 64 %, soit une incapacité de gain totale et un empêchement dans les travaux ménagers de 27 % ; et son taux d'invalidité était de 74 % dès le 9 juillet 2009, correspondant à une incapacité de gain totale et un taux d'empêchement de 47 % dans les activités ménagères. Par écriture du 14 septembre 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI portant sur l'octroi d'une allocation pour impotent. Elle conclut à son annulation et à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} octobre 2008. Se référant aux rapports des Drs K_____ et D_____ et à celui de Monsieur S_____, elle souligne que l'intimé n'a pas procédé au bilan ergothérapeutique préconisé par l'expert neuropsychologue et n'a pas réglé les incertitudes relatives à ses empêchements antérieurs à juillet 2009. Elle soutient que ses empêchements ménagers et ses plaintes ont été constants au cours des années et qu'il n'est pas objectivement justifiable de retenir une diminution passagère des empêchements ménagers puisque les médecins sont unanimes sur la stabilité et le caractère irrémédiable des séquelles de sa méningite. Dans sa réponse du 3 octobre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours en renvoyant à la motivation contenue dans sa décision du 15 juillet 2011. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante le 5 octobre 2011. Par pli du 9 novembre 2011, les parties ont été informées que la cause était 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; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. Sur le plan matériel, la LAI a subi plusieurs modifications entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (révision 6a), introduisant notamment une contribution d'assistance pour les

bénéficiaires d'une allocation pour impotent (art. 42 quater ss LAI). Cependant, la décision querellée a été rendue le 15 juillet 2011, de sorte que les dispositions législatives modifiées postérieurement à cette date ne sont pas applicables. En effet, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445, consid. 1.2.1; ATFA non publié U 18/07 du 7 février 2007, consid. 1.2). S'agissant de la procédure, la LPGA est applicable. Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable. La Cour de cassation relève que l'arrêt du 14 août 2009 a annulé la décision de suppression de l'allocation pour impotent du 1^{er} octobre 2008, qui était assortie d'un retrait de l'effet suspensif, et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le retrait de l'effet suspensif survenant dans le cadre de la suppression ou de la diminution d'une rente ou d'une allocation pour impotent décidée par voie de révision couvre la période d'instruction complémentaire prescrite par renvoi de l'autorité de recours jusqu'à la notification de la nouvelle décision sous réserve d'une éventuelle ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision (ATF 129 V 370, consid. 4.1 à 4.4). Le Tribunal fédéral a récemment confirmé cette jurisprudence (ATF 8C_451/2010 du 11 novembre 2010, consid. 2 à 4). L'état de fait devant être examiné dans le cadre d'un renvoi pour instruction s'étend jusqu'à la notification de la nouvelle décision (ATF non publié 9C_149/2009 du 14 juillet 2009, consid. 4.4; ATF non publié 9C_235/2009 du 30 avril 2009, consid. 3.3). Le renvoi pour instruction complémentaire ne signifie pas nécessairement que les constatations originelles étaient fausses mais seulement que celles-ci ne pouvaient être confirmées sur la base des documents disponibles. Les nouvelles observations peuvent intégralement confirmer celles réalisées initialement, y compris du point de vue temporel (par exemple la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit), auquel cas la première décision supprimant ou diminuant les prestations est correcte et peut être entérinée avec effet rétroactif. Si les résultats de l'instruction complémentaire infirment au moins partiellement le contenu de la décision originelle (par exemple quant à la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit survenue postérieurement à ce qui avait été retenu dans la première décision, toutes les autres conditions demeurant identiques), il ne saurait être question de faire remonter la suppression ou la réduction des prestations à une époque où les conditions pour le faire n'étaient pas remplies. Il apparaît donc que l'élément distinctif déterminant consiste dans le moment auquel survient le changement notable de circonstances influençant le droit aux prestations au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, soit durant la procédure initiale d'instruction, soit durant la procédure d'instruction complémentaire (ATF 9C_288/2010 du 22 décembre 2010, consid. 4.2). Par conséquent, l'objet du litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé l'allocation pour impotent durant la période du 1^{er} décembre 2008 au 30 juin 2010. Selon l'art. 17 al. 2 LPGA, 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. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.3). En matière d'assurance-invalidité, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) connaît une réglementation spécifique quant aux effets temporels de la modification du droit aux prestations (art. 88 bis RAI). Selon l'alinéa second de cette

disposition, la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la prestation, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la prestation avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5, ATF 130 V 351 consid. 3.5.2). On ajoutera également qu'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la prestation (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1 et les références). 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. 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^{er}). 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). L'art. 37 RAI 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^{er}). Aux termes de l'art. 37 al. 2 RAI, 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). Selon l'art. 37 al. 3 RAI, 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 la jurisprudence, les six actes ordinaires suivants sont déterminants pour définir le degré d'impotence: se vêtir et se dévêtir; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette (soins du corps); aller aux toilettes; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur; établir des contacts (ATF 121 V 88, consid. 3a). Lorsque les actes ordinaires se décomposent en plusieurs fonctions partielles,

l'aide est réputée importante même lorsqu'elle n'est pas nécessaire pour la majorité des fonctions partielles (ATF 117 V 146 , consid. 2). Il suffit par exemple que l'assuré qui peut manger seul ne soit pas en mesure de couper ses aliments ou ne peut les porter à la bouche qu'avec ses doigts (ATF 106 V 153 consid. 2b). Quant à la notion de soins ou de surveillance, elle est interprétée de manière restrictive par la jurisprudence. Ainsi, 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'assuré (ATFA non publié I 43/02 du 30 septembre 2002, consid. 3). L'art. 38 RAI définit l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Selon le 1^{er} alinéa, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42, al. 3, LAI, existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé: vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b), ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente (al. 2). N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1. En particulier, les activités de représentation et d'administration dans le cadre des mesures tutélaires au sens des art. 398 à 419 du code civil ne sont pas prises en compte (al. 3). L'accompagnement visé dans cette disposition 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 non publié 9C_1056/2009 du 10 mai 2010, consid. 2). La circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité de l'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES [CIIAI] précise que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053). Le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette circulaire à la loi et précisé que l'accompagnement s'étend aux travaux ménagers (cuisine, courses, lessive et ménage) dans la mesure où ceux-ci ne font pas partie des actes ordinaires et que l'aide directe nécessaire à effectuer ces tâches peut également être prise en compte (ATF 133 V 450 consid. 6.2 et 10). Ces travaux représentent selon l'expérience générale de la vie un investissement temporel de plus de deux heures par semaine, de sorte que le caractère régulier de l'aide nécessitée est également réalisé (ATF non publié 9C_1056/2009 du 10 mai 2010, consid. 4.3). Il y a encore lieu de souligner que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie, de sorte que l'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (ATF non publié 9C_1056/2009 du 10 mai 2010, consid. 4.2). 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 353 , consid. 5b; ATF 125 V 193 , consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel

l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2; ATF 126 V 319, consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a ainsi relevé qu'il est essentiel qu'une telle enquête ait été élaborée par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. En cas de doute sur les troubles physiques, psychiques ou mentaux ou leurs répercussions sur les actes ordinaires de la vie, il est nécessaire de demander des précisions au médecin. Il y a en outre lieu de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide 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 actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, 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 130 V 61 consid. 6.2). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (ATF non publié 9C_782/2010 du 10 mars 2011, consid. 2.3). En l'espèce, l'enquête du 26 août 1987 a relevé que la recourante avait besoin d'aide notamment pour couper les aliments durs et faire sa toilette, soit dans deux actes ordinaires de la vie. L'octroi d'une allocation pour impotent était dès lors conforme aux dispositions réglementaires dans leur teneur en vigueur à l'époque. Aux termes de l'enquête du 18 octobre 2007, qui a conduit à la suppression de l'allocation pour impotent, le seul acte ordinaire dans lequel la recourante a besoin d'assistance est sa toilette, puisqu'elle n'est pas en mesure de se laver les cheveux seule, fonction partielle de cet acte. L'enquêtrice a en revanche retenu que la recourante était désormais capable de découper ses aliments, quand bien même elle éprouvait certaines difficultés à le faire. A cet égard, il convient de rappeler que des complications accrues ou un ralentissement dans l'accomplissement d'un acte ordinaire ne suffisent pas à fonder une impotence (ATF non publié 8C_912/2008 du 5 mars 2009, consid. 10.2). Les commentaires que la recourante a apportés dans son courrier du 28 mai 2008 aux résultats consignés dans l'enquête ne permettent pas de conclure à un besoin d'aide plus important dans les actes ordinaires de la vie. Si elle soutient qu'elle ne peut couper les légumes sans se blesser aux

mains, il y a lieu de noter en premier lieu qu'on peut douter de cette déclaration. En effet, la recourante n'a jamais auparavant fait état de blessures lors du découpage d'aliments, notamment pas lors de l'enquête d'octobre 2007, alors que les autres risques tels que les brûlures survenant lors du repassage ont été mentionnés dans les rapports précédents de l'enquêtrice. Or, si la recourante a affirmé lors de l'audience du 8 avril 2009 que l'enquêtrice s'était contentée de lui poser des questions, elle ne prétend pas que les réponses à celles-ci n'auraient pas été correctement consignées dans le rapport d'enquête. On peut ainsi s'étonner du fait que la recourante n'ait pas signalé des difficultés suffisamment importantes pour entraîner des blessures. Cette déclaration sur les blessures subies lors du découpage de légumes n'a d'ailleurs pas été répétée lors de la troisième enquête sur l'impotence du 7 décembre 2010. Enfin, cette affirmation contraste avec les indications du Dr D _____, qui a exposé lors de son audition que le degré d'apraxie de la recourante n'était pas tel qu'elle risquait de se blesser en utilisant un couteau. Il est ainsi incontestable que sous l'angle de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, la situation de la recourante avait évolué favorablement en tout cas dès octobre 2007. Contrairement à ce qu'affirme la recourante, le fait que les spécialistes aient qualifié les séquelles liées à la méningite d'irréversibles ne permet pas d'exclure une amélioration de la capacité à procéder aux actes ordinaires de la vie ou dans certains gestes du quotidien. A cet égard, il faut souligner que le rapport établi par le Dr A _____ en février 1987 a fait état d'une bonne récupération de la recourante pour les difficultés gestuelles. Le fils de celle-ci a par ailleurs indiqué qu'elle avait réappris à écrire après sa méningite et le Dr D _____ a également attesté lors de son audition d'une amélioration de la motricité par rapport à 1986. La Dresse C _____ a certes fait état de difficultés dans les gestes du quotidien dans son rapport de juin 2005 et juin 2007, observation corroborée par le rapport du 24 mai 2005 du Dr D _____. Ce spécialiste a en outre précisé que la recourante avait de la peine à couper les aliments et se laver les cheveux, mais sans pour autant conclure que ces activités lui étaient impossibles. Partant, s'agissant de la période dès octobre 2007, on ne peut retenir une impotence en se fondant sur la nécessité d'une aide pour au moins deux actes ordinaires au sens de l'art. 37 al. 3 let. a RAI puisque seul le lavage des cheveux posait problème. En revanche, il y a lieu de s'écarter des conclusions de l'enquête réalisée en octobre 2007 en tant qu'elle exclut un besoin d'accompagnement. À cet égard, il sied de rappeler que la définition de l'impotence a été élargie par la 4^{ème} révision de l'assurance-invalidité, entrée en force le 1^{er} janvier 2004, qui a intégré dans cette définition le besoin qui recouvre les notions d'accompagnement et de conseils permettant de faire face aux nécessités de la vie quotidienne (cf. Message du Conseil fédéral concernant la 4^{ème} révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, FF 2001 3133). Avant cette nouvelle, la nécessité d'un accompagnement permanent ne donnait pas droit à une allocation, raison pour laquelle les éléments permettant d'établir un tel besoin n'ont pas été examinés en 1987. A la lecture du rapport d'enquête d'octobre 2007, force est cependant de constater que la recourante avait à cette époque déjà un besoin d'accompagnement. Celui-ci découle notamment du fait qu'elle était obligée de recourir à l'aide d'une femme de ménage pour certains travaux à raison d'une heure quinze par semaine en moyenne, soit une aide directe qui doit être prise en compte dans l'évaluation de l'impotence conformément à la jurisprudence citée. La recourante avait par ailleurs des oublis, notamment lors des courses, et comptait sur l'aide de son mari pour lui rappeler certaines tâches ménagères à effectuer. L'enquête ne mentionne par ailleurs pas le besoin d'assistance de la recourante en matière administrative. Celui-ci est cependant démontré. Ses troubles mnésiques et ses difficultés à saisir des textes

simples et à écrire sont médicalement établis tant par la Dresse C _____ que par le Dr D _____. L'expertise du neuropsychologue, qui correspond aux réquisits jurisprudentiels développés ci-dessus et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante, les confirme également. Enfin, le fils et l'époux de la recourante ont tous deux déclaré que celle-ci était totalement dépendante pour les démarches administratives. Ainsi, quand bien même la recourante n'avait pas besoin d'une aide de tous les instants, il faut admettre que son besoin d'accompagnement dans la planification du quotidien, le ménage et la gestion administrative était donné en octobre 2007 dans une mesure dépassant deux heures par semaine. Partant, la Cour de céans ne peut se rallier aux conclusions de l'enquêtrice, qui a exclu un tel besoin à cette date. Au demeurant, il sied de souligner que le fait d'exercer une activité lucrative ne suffit pas à exclure un besoin d'accompagnement, comme cela ressort de la jurisprudence (ATFA non publié I 661/05 du 23 juillet 2007, consid. 7.6.2). Par surabondance, on relèvera que si l'enquêtrice a retenu un besoin d'accompagnement dans son rapport de décembre 2010, on comprend mal sur quoi elle se fonde pour dater sa survenance au mois de juillet 2009. Il est vrai que la recourante a subi une fracture d'une vertèbre à cette date, ce qui restreint le port de charges légères. Cette atteinte est cependant sans lien avec le besoin d'accompagnement, qui est dicté par les troubles cognitifs et les problèmes préexistants de la recourante à assurer une bonne partie de ses tâches ménagères et toutes les démarches administratives. En particulier, aucun rapport médical ne permet de retenir une aggravation des troubles cognitifs à cette date, et l'état dépressif invoqué par la Dresse K _____, pour tant est qu'il doive être retenu, coïnciderait avec le développement du syndrome de Guillain-Barré, soit en janvier 2008 - et non en janvier 2009 comme semble le retenir de manière erronée la psychiatre. Dès lors, la suppression de l'allocation pour impotent du 1^{er} décembre 2008 au 1^{er} juillet 2010 n'est pas conforme au droit. En effet, le besoin d'accompagnement de la recourante est apparu en 1986, quand bien même il ne donnait pas légalement droit à une allocation à cette date, et a perduré de manière constante depuis. Ainsi, au 1^{er} décembre 2008, la recourante remplissait une des conditions alternatives permettant de reconnaître une impotence de degré faible, soit le besoin d'accompagnement, même si le motif initial d'octroi de l'allocation n'était plus réalisé. Eu égard à ce qui précède, le recours est admis. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses dépens, qu'il convient de fixer à l'000 fr. La procédure n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de l'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision de l'intimé du 15 juillet 2011. Dit que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} décembre 2008. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de l'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de l'000 fr. à la charge de l'intimé. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.