

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1245/2012

ATAS/1161/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 septembre 2012

2ème Chambre

En la cause

Monsieur H_____, domicilié à Confignon, représenté par AXA ARAG Protection juridique recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, case postale 2696 1211 Genève 2 intimé

Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Evelyne BOUCHAARA, Judges assessesurs

EN FAIT

1. Monsieur H_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1926, a déposé une demande d'allocation pour impotent de l'AVS le 27 juin 2008 auprès de la CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION AVS (ci-après la caisse), qui l'a transmise le 16 juillet 2008 à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI). Il ressort des réponses aux questions posées que l'assuré avait besoin d'aide comme suit :
 - a) se vêtir/se dévêtir : depuis février 2007, en période de décompensation, besoin d'assistance pour se vêtir et se dévêtir ;
 - b) se lever/s'asseoir/se coucher : depuis février 2007, en période de décompensation, besoin d'assistance ;
 - c) manger : pas besoin d'aide ;
 - d) faire sa toilette (se laver, se peigner, se raser) : pas besoin d'aide; (se baigner ou se doucher) depuis février 2007, besoin d'aide pour s'asseoir dans la douche et pour sortir de la baignoire ;
 - e) manger; pas besoin d'aide ;
 - f) se déplacer dans la maison, à l'extérieur, établir des contacts avec l'entourage : depuis février 2007, besoin de cannes anglaises dans la maison et d'une chaise roulante à l'extérieur et administration de médicaments destinés à combattre la dysarthrie.
2. Par décision du 9 septembre 2008 adressée à l'assuré, la caisse a alloué une allocation d'impotence de degré moyen dès le 1^{er} février 2008, motivée par le besoin d'aide pour quatre actes ordinaires de la vie depuis février 2007.
3. L'assuré a sollicité le 9 octobre 2008 l'octroi d'un déambulateur au titre de moyen auxiliaire, refusé par décision du 20 février 2009.
4. Le 22 septembre 2010, l'assuré a sollicité une allocation d'impotence de degré grave, en raison d'une aggravation de son état de santé et il a complété le formulaire le 23 novembre 2010. Il ressort des réponses aux questions posées qu'il a besoin d'aide comme suit :
 - a) se vêtir/se dévêtir : en 2008, peut se vêtir et se dévêtir seul ; en 2009, aide partielle ; en 2010, nécessite de l'aide tous les jours ;

- b) se lever/s'asseoir/se coucher : en 2008, se lève et se couche seul ; en 2009, coordination dégradée, aide partielle ; en 2010, nécessite de l'aide tous les jours ;
- c) manger : pas besoin d'aide ;
- d) faire sa toilette/soins du corps (se laver/se coiffer/se raser/se baigner) : en 2008, difficulté à se laver, se coiffer et se raser debout, ne peut pas se baigner ou se doucher seul ; en 2010, peut se laver, se coiffer et se raser uniquement assis ; depuis mai 2009, aide extérieure tous les jours pour se baigner / se doucher ;
- e) aller aux toilettes : pas besoin d'aide ;
- f) se déplacer dans l'appartement, à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux : en 2008, la coordination se dégrade, mais peut se déplacer dans l'appartement, les sorties sont limitées, la parole et l'écriture se dégradent ; en 2010, nécessite de l'aide parfois dans l'appartement, ne peut plus se déplacer seul à l'extérieur, la parole et l'écriture sont souvent incompréhensibles.

L'aide est apportée par l'épouse et les autres membres de la famille. Une surveillance personnelle est nécessaire, de jour et de nuit, en raison de chutes depuis 2008 à raison de deux ou trois fois par année. L'assuré ne peut pas se relever seul et sa famille craint de le laisser sans secours à portée de main.

5. Le Dr L_____, neurologue, a attesté le 17 novembre 2010 que le patient souffre d'ataxie cérébelleuse, évolutive, avec des troubles de l'équilibre, de la marche et de la coordination, le pronostic est lentement défavorable, avec une aggravation au fil des années.
6. Par communication du 6 décembre 2010 adressée à l'assuré, l'OAI a constaté que le degré d'impotence de l'assuré n'a pas changé de sorte que l'allocation de degré moyen est maintenue.
7. Par pli du 9 décembre 2010 adressé à l'OAI, l'assuré s'y est opposé. Il fait valoir qu'en 2008, il pouvait encore se rendre chez ses médecins, aux séances de physiothérapie à l'extérieur, et a dû y renoncer dans le courant de l'année 2009, les séances de physiothérapie ou les visites de médecins ailleurs qu'à domicile étant impossibles, faute de pouvoir se déplacer, même en fauteuil roulant. Confiné à la maison, la détérioration neurologique a progressé à tel point qu'il ne peut plus ni monter ni descendre les escaliers et les mouvements au rez-de-chaussée sont limités par la faiblesse musculaire et la gêne respiratoire. Son épouse ne peut plus l'aider à se baigner ou à se doucher et il a fait appel à la FSASD pour les soins corporels. Malgré les séances de logopédie, son épouse ne le comprend parfois pas, l'isolement social étant aggravé par une incapacité d'écrire lisiblement avec un stylo ou un crayon. Il convient de questionner les soignants qui le côtoient

régulièrement depuis 2009 pour obtenir une évaluation objective du degré actuel de son impotence.

8. Par pli du 14 décembre 2010, le Dr L_____ a attesté que les dires de l'assuré, ressortant de sa lettre du 9 décembre 2010 sont exacts, il présente une aggravation progressive de son état neurologique, son degré d'impotence s'étant nettement aggravé depuis 2008, l'OAI est prié de revoir sa décision.
9. Par décision du 5 janvier 2011, l'OAI a maintenu le droit de l'assuré à une rente d'impotence de degré moyen sans modification, dès lors que l'assuré a besoin d'aide pour quatre actes de la vie, soit se vêtir/se dévêtir - se lever/s'asseoir/se coucher - faire sa toilette - se déplacer. Une copie de la décision a été adressée à la caisse.
10. Par acte du 10 janvier 2011, l'assuré a formé recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour au motif que ses réponses aux questions posées démontrent la gravité de son atteinte et ses répercussions sur sa capacité d'accomplir les actes ordinaires de la vie.
11. Par pli du 3 février 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il indique qu'au vu des éléments du dossier, l'assuré a besoin d'aide pour quatre actes de la vie et d'une surveillance personnelle, de sorte que même si son état de santé s'est aggravé, les difficultés alléguées ont déjà été prise en compte dans les quatre actes de la vie qui justifient une allocation de degré moyen.
12. Par arrêt du 29 mars 2011, la Cour de céans a annulé la décision et renvoyé la cause à la caisse de compensation pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En premier lieu, la Cour a relevé que l'autorité compétente pour rendre une décision était la Caisse de compensation AVS, l'assuré étant rentier AVS et non AI, ce qui justifiait d'annuler la décision et de renvoyer la cause à la caisse pour nouvelle décision. En second lieu, la Cour a relevé qu'il convenait de procéder à une enquête afin de déterminer si, outre les quatre actes ordinaires de la vie retenus par l'OAI, l'assuré avait besoin d'aide pour les deux autres actes et/ou d'une surveillance personnelle.
13. L'OAI a procédé à une enquête au domicile de l'assuré le 27 septembre 2011, effectuée par Mme I_____, infirmière, en présence de l'assuré et de son épouse.

Selon le rapport du 11 octobre 2011, l'assuré a besoin d'aide pour les actes suivants :

- a) se vêtir/se dévêtir : depuis 2009 au moins pour se vêtir, se dévêtir et prendre les vêtements dans l'armoire.

- b) se lever/s'asseoir/se coucher : depuis janvier 2010 au moins, il a souvent besoin d'aide pour se lever de son lit, s'asseoir, mettre la chaise correctement devant la table, lever les jambes et se mettre dans son lit;
- c) manger : l'assuré peut manger sans aide, il a de la difficulté à peler et couper les pommes et les poires, mais cela n'est pas nécessaire tout le temps, il n'a donc pas besoin d'aide pour manger;
- d) faire sa toilette/soins du corps (se laver/se coiffer/se raser/se baigner) : l'assuré peut faire une petite toilette au lavabo en étant assis, se coiffer, sa femme l'aide pour se laver les cheveux et l'assuré peut se raser lorsqu'il est assis. Depuis plusieurs années, il a besoin d'aide pour la douche et la FSASD vient trois fois par semaine pour la douche et 7/7 en début de mois, en raison d'un traitement dermatologique. Seul le besoin pour se baigner et se doucher est retenu.
- e) aller aux toilettes : l'assuré a besoin d'aide pour descendre et remonter son pantalon et pour aller au WC et, depuis septembre 2010, il porte des protections qu'il ne peut pas changer seul, car il ne tient pas debout sans tenir ses cannes. Deux ou trois fois par semaine, la protection ne suffit pas et l'assuré doit être changé complètement;
- f) se déplacer dans l'appartement, à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux : en 2008, la coordination se dégrade, mais peut se déplacer dans l'appartement, les sorties sont limitées, la parole et l'écriture se dégradent ; en 2010, nécessite de l'aide parfois dans l'appartement, ne peut plus se déplacer seul à l'extérieur, la parole et l'écriture sont souvent incompréhensibles. Dans l'appartement, l'assuré fait difficilement quelques pas avec ses cannes, se déplace avec sa chaise roulante, monte difficilement les escaliers, sa chambre a été installée au rez-de-chaussée. Depuis 2007-2008 en tout cas, l'assuré ne sort quasiment plus, il est toujours accompagné à l'extérieur, il a beaucoup de peine à s'exprimer en parlant, ne peut plus écrire et sa femme doit parfois traduire ce que l'assuré veut dire. Le besoin d'aide est retenu pour les déplacements à l'extérieur et les contacts à entretenir.

La nécessité d'une surveillance personnelle n'est pas retenue. Il est mentionné que l'assuré est laissé seul de brefs instants, car il a besoin d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne. Sa femme s'absente pour faire des courses de temps en temps ou pour se rendre chez son médecin, durant quelques heures. L'assuré a un natel en permanence à son cou pour appeler son épouse si nécessaire. Le rapport précise que l'assuré dispose, au titre de moyen auxiliaire, de cannes anglaises, d'une chaise roulante, d'une planche de bain, des poignées de sécurité et des rampes d'accès autour de la maison. La FSASD a confirmé à l'enquêtrice les interventions pour la douche, les protections pour les fuites urinaires et l'aide de l'épouse pour aller aux toilettes et l'assuré réalise qu'il avait omis de mentionner l'aide pour les toilettes

dans sa demande de révision. L'enquêtrice recommande d'admettre la nécessité d'une aide régulière et importante pour cinq actes ordinaires de la vie depuis septembre 2010, l'état de santé ne nécessitant pas de surveillance personnelle et permanente, mais une présence quasi constante, car l'assuré est dépendant pour la plupart des actes de la vie quotidienne, sans avoir besoin d'aide pour les soins permanents, car il peut préparer et prendre ses médicaments sans l'aide de tiers. Le maintien de l'impotence de degré moyen, malgré l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, est justifié, les conditions d'une allocation grave n'étant pas encore remplies.

14. Par communication du 4 avril 2012, l'OAI informe l'assuré du maintien d'une allocation pour impotence de degré moyen et, à la demande de l'assuré, lui notifie une décision sujette à recours le 24 avril 2012.
15. Par acte du 30 avril 2012, l'assuré forme recours contre la décision, rappelle la chronologie des faits et estime que l'OAI surestime sa capacité à se nourrir sans l'aide d'autrui.
16. L'OAI conclut le 23 mai 2012 au rejet du recours, l'enquête à domicile ne retenant pas la nécessité d'une aide pour se nourrir.
17. Par acte du 30 mai 2012, l'assurance de protection juridique de l'assuré dépose également un recours. Elle fait valoir que la décision est annulable, car elle est à nouveau rendue par l'OAI au lieu de la Caisse de compensation. Sur le fond, elle indique que l'assuré a besoin d'aide pour manger, car les repas doivent être entièrement préparés, amenés à l'assuré, qui doit appeler son épouse lorsqu'il a soif ou faim. D'ailleurs, l'épouse a pris l'habitude de laisser chaque nuit au chevet de l'assuré un en-cas et une carafe d'eau. Il a également besoin d'une présence quasi constante, à défaut de quoi il peut tomber et ne parvient pas à se relever, de sorte que lorsque son épouse s'absente quelques heures pour faire des courses, il dispose d'un natel en permanence à son cou pour l'appeler en cas de nécessité. En l'absence de son épouse, qui a dû subir une opération en décembre 2009, c'est la belle-sœur de l'assuré qui a pris la relève puis, durant la convalescence de son épouse, il a été hospitalisé. S'agissant de l'instruction de la cause, l'OAI n'a pas pris la peine d'interroger les soignants de l'assuré.
18. L'OAI précise le 21 juin 2012 que le besoin permanent de soins ou de surveillance est interprété de façon restrictive, la situation de l'assuré ne remplissant pas cette condition, puisque son épouse s'absente durant quelques heures durant lesquelles il reste seul. Au surplus, le recourant confond l'acte de manger et le fait de requérir de l'aide pour la préparation des repas.
19. Par pli du 26 juillet 2012, le mandataire de l'assuré produit divers certificats et attestations dont il ressort que l'assuré a besoin d'aide pour manger et d'une surveillance personnelle. Il confirme que sa situation s'est progressivement

dégradée depuis 2010 et que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave sont réunies depuis octobre 2010.

Les attestations produites sont les suivantes :

- a) les réponses du Dr L_____, neurologue, aux questions formulées par le mandataire de l'assuré, le médecin indiquant, sans détail, que l'assuré a besoin d'une surveillance personnelle depuis 2008, sans quoi il mettrait sa santé en danger, en raison d'une déshydratation, d'escarres et de traumatismes lors de chutes, l'aggravation a été progressive depuis 2008. Après avoir indiqué ne pas être en mesure de répondre à la question de savoir si l'assuré pouvait manger sans aide, le médecin répond oui, indiquant que tous les repas sont apportés à table, et qu'il faut lui couper les aliments et l'aider à les porter à la bouche, l'assuré ne pouvant pas manger des aliments qui ne sont pas coupés, hachés ou transformés au préalable. Le médecin précise que l'assuré ne peut plus rien faire seul aujourd'hui.
- b) une attestation de Mme J_____, physiothérapeute, du 25 juillet 2012 qui indique effectuer un traitement de physiothérapie auprès de l'assuré, afin de maintenir des réactions d'équilibre, l'aider au déplacement, à l'utilisation de la chaise roulante, etc. S'agissant de la nécessité qu'un tiers soit présent toute la journée, sauf de brèves interruptions, la physiothérapeute précise que la péjoration fonctionnelle a été progressive et lente. En 2010, l'équilibre est devenu précaire et le risque de chutes aigu, de sorte que l'assuré a commencé à utiliser une chaise roulante en janvier 2011. C'est ce risque qui implique que l'assuré ne peut pas rester plusieurs heures seul à la maison, car s'il chute, et se blesse, il n'est pas capable de se relever sans aide. Le danger principal est donc la chute et les blessures consécutives (lésions cérébrales, fractures de la hanche, etc.) et ce depuis fin 2010-début 2011. Elle précise que, en 2011, l'assuré a fait plusieurs chutes, soit trois, sans raison évidente, lesquelles n'ont pas entraîné de blessures. En raison de la maladie, la communication téléphonique est impossible, car on ne parvient pas à le comprendre.
- c) une attestation du 22 juillet 2012 de l'épouse de l'assuré qui indique que son mari prend le petit-déjeuner vers midi puis, en sa compagnie, prend le repas du soir entre 19h.00 et 19h.30, l'assuré mangeant un fruit en milieu d'après-midi. Il mange seul, mais l'épouse reste à table pour lui venir en aide le cas échéant, les mouvements sont mal coordonnés et parfois il éparpille les aliments sur la table. Il ne peut pas ouvrir un carton de lait, ni le soulever si le carton est plein. Il lui arrive de verser des liquides à côté de son verre ou de le renverser. En principe, il peut manger de tout, mais a des difficultés à mastiquer certaines viandes, de sorte qu'il préfère les mets qu'il peut manger à la main (sandwich, hamburger, gâteau au fromage, lasagnes, spaghettis, omelette, chili con carne, etc.). Lorsqu'il est trop essoufflé et affaibli pour aller de sa chambre à la table à

manger, elle lui porte son repas sur un plateau. Lors d'une récente infection pulmonaire aigüe, il a été hospitalisé d'urgence. Sans la présence de l'épouse ou d'un tiers, il serait resté sans secours car les quintes de toux l'empêchaient d'appeler à l'aide.

20. Invité à se déterminer sur sa compétence pour statuer sur l'allocation d'impotence sollicitée par un rentier AVS, l'OAI a reconnu le 12 septembre 2012 que c'était la caisse cantonale de compensation qui était compétente pour rendre une décision et, sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 1 et ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS 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-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS; RS 831.10) et relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré, ayant droit à une rente AVS depuis 1991, à une augmentation de l'allocation pour impotent d'un degré moyen à un degré grave.
5. a) Selon l'art. 69 quater, al. 1 RAVS, l'instruction de la demande achevée, l'Office AI statue sur le droit aux prestations, établit immédiatement le prononcé et le transmet à la caisse de compensation compétente, selon l'art. 125 bis. Selon l'art. 69 quinques RAVS, la décision concernant l'allocation pour impotent est notifiée aux divers destinataires nommés à l'art. 68 al. 3 RAVS (dont l'ayant droit), ainsi qu'à l'Office AI compétent. L'art. 125 bis RAVS stipule que l'allocation pour impotent est fixée et payée par la caisse de compensation compétente pour le

versement de la rente à l'ayant droit. Selon l'art. 84 LAVS, les décisions et les décisions sur opposition prises par les caisses cantonales de compensation peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton où la caisse de compensation a son siège.

b) Selon un principe général, la nullité d'un acte commis en violation de la loi doit résulter ou bien d'une disposition légale expresse, ou bien du sens et du but de la norme en question (ATF 122 I 98, consid. 3a). En d'autres termes, il n'y a lieu d'admettre la nullité, hormis les cas expressément prévus par la loi, qu'à titre exceptionnel, lorsque les circonstances sont telles que le système d'annulabilité n'offre manifestement pas la protection nécessaire (ATF 121 III 156, consid. 1). Ainsi, d'après la jurisprudence, la nullité d'une décision n'est admise que si le vice dont elle est entachée est particulièrement grave en raison de l'importance de la norme violée, est manifeste ou du moins facilement décelable et si, en outre, la constatation de la nullité ne met pas sérieusement en danger la sécurité du droit. Des vices de fond n'entraînent qu'à de rares exceptions la nullité d'une décision. En revanche, de graves vices de procédure, ainsi que l'incompétence qualifiée de l'autorité qui a rendu la décision sont des motifs de nullité (ATF 129 I 363, consid. 2 et 2.1 et les références). Ainsi, une décision rendue par un organe incompétent est soit nulle, soit annulable, la nullité étant retenue en cas d'incompétence fonctionnelle ou matérielle et dans les cas où l'importance déterminante de la violation de la loi l'emporte sur le principe de la sécurité du droit attaché au maintien des actes ayant précédé la décision contestée (IMBODEN/RHINOW, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Bâle, 1976, pp. 242-243). Dans les autres hypothèses, notamment en cas d'incompétence locale, seule l'annulation est admissible (ATF 104 Ib 343 ; SCHWARZENBACH, Grundriss des allgemeinen Verwaltungsrechts, Berne, 1980, p. 124). En cas de doute sur la nullité ou l'annulabilité d'une décision, l'autorité doit pencher pour cette dernière solution, dès lors que l'annulabilité d'un acte administratif vicié est la règle et sa nullité l'exception (ATF 104 Ia 176 in JdT 1980 I 330). Pour le surplus, la nullité d'une décision qui a été prise par une autorité absolument incompétente peut être constatée d'office et en tout temps (ATF 127 II 48, consid. 3g ; ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; ATF 118 Ia 340 consid. 2a ; ATF 116 Ia 217, consid. 2a).

6. a) Selon l'art. 43 bis LAVS, ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui ont leur domicile en Suisse et présentent une impotence grave ou moyenne. Le droit à l'allocation prend naissance au plus tôt dès que l'assuré a présenté une impotence grave ou moyenne sans interruption durant une année au moins. La LAI s'applique par analogie à l'évaluation de l'impotence. Il incombe aux offices de l'assurance-invalidité de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation. Selon l'art. 84 LAVS, les décisions et les décisions sur opposition prises par les caisses cantonales de compensation peuvent

faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton où la caisse de compensation a son siège.

b) L'art 17 LPGGA al. 1 dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'al 2 précise que, de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

7. a) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42^{bis} est réservé (al. 1^{er}). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

b) Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGGA). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (art 42 al. 3 LAI).

c) Selon l'art. 37 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), il y a impotence de degré faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

- a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir *au moins deux actes ordinaires de la vie*;
- b. d'une *surveillance personnelle permanente*;
- c. de façon permanente, de *soins particulièrement astreignants*, exigés par l'infirmité de l'assuré;
- d. de *services considérables et réguliers de tiers* lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux;
ou
- e. d'un *accompagnement durable* pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, c'est-à-dire lorsque l'assuré *majeur* ne vit pas dans une institution mais ne peut, en raison d'une atteinte à la santé,

- (a) vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne,
- (b) faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne, ou
- (c) éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur.

N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié à ces situations. En particulier, les activités de représentation et d'administration dans le cadre de mesures tutélaires ne sont pas prises en compte (art. 38 al. 3 RAI).

d) Il y a impotence de degré moyen (art. 37 al. 2 RAI) si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir *la plupart des actes ordinaires de la vie* (au moins quatre, selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 8009);
- b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir *au moins deux actes ordinaires de la vie* et nécessite, *en outre, une surveillance personnelle permanente*; ou
- c. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir *au moins deux actes ordinaires de la vie* et nécessite, *en outre, un accompagnement durable* pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI.

e) L'impotence est grave (art. 37 al. 1 RAI) lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

f) Selon la jurisprudence, les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines:

- a. se vêtir et se dévêtir;
- b. se lever, s'asseoir, se coucher;
- c. manger;
- d. faire sa toilette (soins du corps);
- e. aller aux toilettes;
- f. se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, établir des contacts; ATF 124 II 247 ss; 121 V 90 consid. 3a et les références).

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Ce principe est en particulier applicable lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité d'accomplir l'acte consistant à aller aux toilettes (ATF 121 V 95 consid. 6c ; ATF 121 V 94 consid. 6b et les références). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas

pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et RCC 1986 p. 507; ch. 8013 CIIAI).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ch. 8011 CIIAI; ATF 117 V 146 consid. 2). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ch. 8026 CIIAI).

g) Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (chiffre 8045 CIIAI).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI).

Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

Dans le cadre des art. 37 al. 3 let. e et 38 RAI, il y a lieu de tenir compte de l'aide indirecte ou directe d'un tiers. Ainsi la personne qui accompagne l'assuré peut aussi accomplir elle-même les actes nécessaires lorsque malgré les instructions, la surveillance ou le contrôle, l'assuré n'est pas en mesure de le faire à cause de son atteinte à la santé (cf. ATF 133 V 450 consid. 10.2).

Si la personne assurée nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8048 CIIAI).

h) La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé.

Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule. La nécessité de surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (ch. 8035 CIIAI).

8. Concernant l'acte ordinaire de *manger*, il y a impotence, selon le ch. 8018 CIAA, lorsque la personne assurée ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui (8C_728/2010). Un régime alimentaire (p. ex. dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence. En revanche, impotence il y a lorsque la personne assurée peut certes manger seule mais ne peut pas couper ses aliments elle-même, lorsqu'elle ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'elle ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (RCC 1981 p. 364).

L'arrêt 8C_728/2010 du 28 janvier 2001, auquel la circulaire précitée fait notamment référence, concerne un jeune assuré paraplégique qui, en raison de sa faiblesse et de la motricité limitée de sa main, ne parvenait pas à couper des aliments, tels que de la viande, des pizzas ou encore du pain pour pouvoir les manger et devait ainsi choisir à la cafétéria des menus qu'il pouvait manger sans l'aide d'un tiers. Le Tribunal fédéral a considéré que si l'assuré ne pouvait bénéficier de l'aide d'un tiers, il devrait mettre les aliments durs à la bouche et les découper en morceaux avec ses dents, ce qui ne correspondait pas aux habitudes sociales et ce qui était par conséquent inhabituel au sens de la jurisprudence. Dans ce contexte, la référence à l'obligation de diminuer le dommage n'y changeait rien.

9. a/aa) Les notions de soins permanents et de surveillance personnelle permanente ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte à l'un des titres des actes ordinaires de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire

être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de la personne assurée (ATF non publié 9C_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, ATF non publié I 231/02 du 23 janvier 2003, consid. 3, ch. 8035 CIIAI). Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que la personne assurée séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de la personne assurée. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celle-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que la personne vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer (ATF non publié 9C_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, consid. 3, ch. 8035 CIIAI).

a/bb) Le fait que la surveillance personnelle doive être permanente ne signifie pas qu'elle doive être nécessaire 24 heures sur 24. Elle s'oppose en réalité à une surveillance «passagère», par exemple suite à une maladie intercurrente (ATF non publié 9C_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, ATF non publié I 231/02 du 23 janvier 2003, consid. 3, ch. 8036 CIIAI).

a/cc) On n'accordera qu'une importance minimale à la surveillance personnelle dans les cas d'impotence grave, étant donné que par définition, l'impotence grave présuppose que la personne assurée dépend régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie. Il faut en revanche attribuer plus d'importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas d'impotence moyenne ou faible parce que les situations exigeant l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie sont beaucoup moins fréquentes en cas d'impotence moyenne (art. 37, al. 2, let. b, RAI) et inexistantes en cas d'impotence faible (art. 37, al. 3, let. b, RAI) [RCC 1982 p. 126].

a/dd) Une surveillance personnelle permanente est notamment nécessaire lorsque une personne ne peut être laissée seule toute la journée en raison de défaillances mentales (ATF non publié 9C_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, ATF non publié I 231/02 du 23 janvier 2003, consid. 3, ch. 8035 CIIAI), lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190, consid. 3b, 1980 p. 64, consid. 4b, voir également ch. 8020 et 8035 CIIAI), lorsqu'il est nécessaire d'administrer quotidiennement des médicaments à l'assuré ou de lui faire un bandage (MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2010, p. 437), lorsque la personne assurée a besoin de surveillance quotidiennement ou éventuellement (de manière non prévisible) quotidiennement (ATF non publié 8C_912/2008 du 5 mars 2009, consid. 3.2.2 ; ATF non publié I 563/04 du 2 mars 2005 consid. 6.2 ; ZAK 1986 S. 484 E. 3c).

S'agissant des soins permanents ou des prestations d'aide médicale ou infirmière, elles comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (RCC 1980 p. 62 ; ch. 8032 CIIAI). Comme pour le besoin de surveillance, de telles prestations doivent être fournies pendant une période assez longue et non pas seulement passagèrement, par exemple en raison d'une maladie intercurrente (ch. 8033 CIIAI).

10. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

d) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (ATF non publiés 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137).

e) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

11. Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis 2008, année de l'octroi d'une allocation de degré moyen. Toutefois, le fait que l'assuré ait désormais besoin d'aide pour toutes les fonctions de certains actes, alors qu'il n'avait auparavant besoin d'aide que pour une fonction partielle n'est pas déterminant. L'octroi d'une allocation de degré grave implique le besoin régulier et important pour tous les actes de la vie, soit 6 et, cumulativement, la nécessité d'une surveillance personnelle et/ou de soins permanents. Le besoin d'aide pour 5 actes de la vie est admis, mais celui pour manger et la nécessité d'une surveillance personnelle restent litigieux. En l'occurrence, l'enquêtrice mentionne que l'assuré n'a besoin d'aide que pour couper des fruits durs, ce qui ne correspond ni à un besoin important (seul un aliment est visé), ni régulier (l'assuré ne mange pas quotidiennement des pommes) et peut être considéré comme faisant partie de la préparation des repas. L'épouse de l'assuré affirme qu'il ne peut plus non plus

couper et mastiquer certaines viandes, mais peut couper des aliments moins durs (gâteau au fromage, lasagne, spaghettis, etc.) et surtout manger seul. Il semble d'ailleurs que l'assuré mange tout à fait seul son petit déjeuner (-déjeuner) de midi, puisque l'épouse précise qu'ils prennent ensemble le repas du soir. Elle ajoute que son mari renverse parfois son verre ou éparpille de la nourriture. Le besoin d'aide pour soulever une brique ou verser le lait fait partie de la préparation des repas et il n'est pas déterminant que l'assuré éparpille un peu son repas, s'il parvient à manger seul - soit porter des aliments à la bouche avec une fourchette -. Les indications du médecin traitant ne sont pas probantes, puisqu'il affirme, sans l'avoir lui-même constaté, que l'assuré aurait besoin d'aide pour couper tous ses aliments (et pas seulement la viande dure) et les porter à la bouche, alors que l'épouse qui l'assiste quotidiennement ne le prétend pas. De même, le fait de laisser à portée de main de l'assuré un verre d'eau et un en-cas durant la nuit - l'assuré ayant installé sa chambre au rez-de-chaussée - ne relève pas de l'aide pour manger, mais pour se lever et se déplacer pour aller chercher à manger/boire durant la nuit. Bien que l'on puisse douter que l'aide nécessaire pour couper la viande soit suffisante en l'espèce, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les difficultés à couper certains aliments, la question du besoin d'aide pour manger peut rester ouverte eu égard à ce qui suit.

La loi et la jurisprudence rappellent qu'il ne faut pas confondre la nécessité d'une présence pour apporter l'aide nécessaire aux actes de la vie et la surveillance personnelle. Par définition, l'assuré qui a besoin d'aide pour se lever, se doucher, aller aux toilettes et se déplacer nécessite la présence du tiers qui l'aide pour ces actes. Plus le nombre d'actes et de fonctions partielles de ces actes exigent de l'aide, plus cette présence est accrue. En revanche, la surveillance a pour but, à l'instar de ce qui doit être fait avec de très jeunes enfants, de surveiller l'assuré - psychologiquement atteint ou sénile par exemple - afin d'empêcher qu'il ne se mette en danger. De même, une maladie avec un risque de défaillance rapide et imprévisible nécessitant une prompt intervention, implique qu'en l'absence d'une surveillance permanente, l'assuré serait en danger. Or, en l'espèce, il est établi que l'assuré reste seul parfois plusieurs heures et peut, en cas de nécessité ou de chute, appeler son épouse au moyen du téléphone portable qu'il a en permanence sur lui. En fait, le seul risque évoqué par ses médecins et physiothérapeute est celui de chute - à l'instar de la plupart des personnes très âgées - lequel est inexistant si l'assuré est installé dans un fauteuil, dans sa chaise roulante ou son lit, lors des absences de son épouse. Ainsi, il s'avère en réalité que le besoin de surveillance invoqué se confond avec le besoin d'aide pour se lever et se rendre aux toilettes, les déplacements dans l'appartement étant possible en chaise roulante. Le risque de déshydratation et d'escarres mentionné par le médecin traitant ne nécessite ni des soins médicaux ni une surveillance permanents, car il suffit de donner à boire et d'aider l'assuré à se retourner quelques fois par jour. S'agissant de la nécessité d'une surveillance pour un période limitée en raison d'une pneumonie, elle n'entre pas en considération.

Pour le surplus, personne n'est à l'abri d'une défaillance cardiaque ou cérébrale grave, imprévisible en l'absence d'une maladie diagnostiquée, en étant seul à domicile et incapable d'appeler de l'aide. Ainsi, l'assuré n'a pas besoin d'une surveillance personnelle au sens de la jurisprudence, de sorte qu'il ne remplit pas les conditions d'octroi d'une allocation d'impotence de degré grave et ce malgré l'aggravation de son état de santé et l'accroissement du besoin d'aide.

12. S'agissant de la question formelle de l'autorité compétente, il s'avère que la décision litigieuse est à nouveau notifiée par l'OAI alors que c'est la caisse de compensation AVS qui est compétente, ce qui avait déjà motivé pour partie l'annulation de la décision du 5 janvier 2011 par arrêt du 29 mars 2011. En effet, le fait que l'OAI et la caisse cantonale de compensation soit regroupés au sein de l'OCAS (Office cantonal des assurances sociales) et utilisent un papier à en-tête "commun", ne dispense pas ces deux entités, juridiquement distinctes, de notifier les décisions pour lesquelles elles sont compétentes. D'ailleurs, la décision initiale de 2008 a été notifiée par la caisse de compensation. On peut admettre que l'OAI adresse à l'assuré une communication l'informant du maintien de son droit sans changement. Toutefois, si ce dernier exige la notification d'une décision sujette à recours, c'est alors la caisse de compensation, partie intimée à la procédure, qui doit la notifier, et qui peut ensuite, conformément à la loi, solliciter et produire le préavis de l'OAI sur les conditions de fond de l'octroi. Ainsi, la décision du 24 avril 2012 est annulée pour ce seul défaut formel, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il transmette son préavis à la caisse de compensation et que celle-ci notifie la décision à l'assuré. Compte tenu du fait que, pour le surplus, la décision est conforme au droit, il ne se justifie pas de constater sa nullité, pour des motifs de sécurité juridique.
13. Le recours est donc partiellement admis, la décision est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour transmission à la caisse cantonale de compensation afin que celle-ci notifie une décision conforme. Le recourant n'obtenant que très partiellement gain de cause, sur la seule question formelle, une indemnité limitée à 1'000 fr. lui est allouée. De plus, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, compte tenu du fait que le refus d'augmenter l'allocation est justifié et que la décision est annulée en raison de l'incompétence de l'autorité qui a rendu la décision, la cause n'étant pas soumise à émolument en matière AVS, la Cour renoncera à la perception d'un émolument.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet très partiellement, annule la décision en tant qu'elle est notifiée par l'intimé, lui renvoie la cause pour transmission à la caisse cantonale de compensation dans le sens des considérants.
3. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de 1'000 fr. en faveur du recourant.
4. Renonce à la perception d'un émolument.
5. 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

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le