

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1905/2011

ATAS/174/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 février 2013

9ème Chambre

En la cause

Madame G \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, représentée par  
Maître Pietro RIGAMONTI

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, Service juridique, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et  
Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame G \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1957, est au bénéfice d'une formation de danseuse professionnelle et a travaillé en tant que secrétaire de 1981 à 1990.
2. Par ordonnance du 4 février 2008, le Tribunal tutélaire a prononcé l'interdiction de l'assurée et a désigné Me Pietro RIGAMONTI aux fonctions de tuteur de l'assurée.
3. Dans le cadre de la procédure de mise sous tutelle, le Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a indiqué que depuis 2003, année où l'assurée était venue le consulter, celle-ci n'avait pas pu maintenir une abstinence concernant sa consommation d'alcool (rapport du 10 avril 2007).
4. Le 26 février 2009, l'assurée, représentée par son tuteur, a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI).
5. Par rapport du 4 mars 2009, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué un éthylysme chronique, une arthrose au genou gauche et un état dépressivo-anxieux depuis 1994. L'incapacité de travail était totale depuis 1994. La recourante ne travaillait plus depuis très longtemps et n'avait aucune volonté de s'en sortir. Elle était incapable d'accomplir une activité dans une quelconque position et était limitée dans sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance. Ces limitations existaient depuis environ l'année 2000.
6. Par rapport du 30 mars 2009, le Dr H \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une cirrhose alcoolique depuis avril 2008 et une alcoolodépendance sévère évoluant depuis au moins 15 ans. L'incapacité de travail était totale depuis avril 2008.
7. Par rapport du 30 septembre 2009, le Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis le 30 avril 2009, a diagnostiqué une dépendance à l'alcool et un trouble de la personnalité dû à l'utilisation chronique de l'alcool (depuis 1994). L'assurée, dans le déni de la maladie, disait que tout allait bien, mais elle souffrait manifestement de troubles cognitifs, de troubles de la mémoire, de troubles de l'attention sur base d'un état d'apathie et de tristesse chronique. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était totale depuis 1994. Les restrictions sur l'activité exercée étaient globales, l'assurée ne pouvait rien faire en raison des troubles cognitifs graves. Le Dr J \_\_\_\_\_ a joint un rapport établi le 1<sup>er</sup> juillet 2009 par le Dr K \_\_\_\_\_ et le Dr L \_\_\_\_\_ à la suite de l'hospitalisation de l'assurée du 2 au 23 juin 2009.

8. Par avis des 14 décembre 2009, 20 mai et 18 juin 2010, le Dr M\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a relevé l'existence d'une atteinte psychique prépondérante, à savoir un trouble anxio-dépressif (des troubles cognitifs, de la mémoire, de l'attention, une tristesse au long cours). Le trouble évoluait depuis 10 ans, date de la séparation de la patiente d'avec son mari. Elle présentait un trouble de la personnalité, concomitant au trouble dépressif et qui évoluait depuis 1994, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool. Sur le plan somatique, elle présentait une cirrhose hépatique alcoolique, une anémie ferriprive et une incontinence urinaire. La capacité de travail dans l'activité habituelle et adaptée était nulle d'après les Drs H\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Il était nécessaire de soumettre l'assurée à une expertise neuropsychologique dans le but de dépister une affection dépressive.
9. Par rapport du 8 juillet 2010, les Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué notamment un état anxio-dépressif aigu avec abus de boissons alcoolisées. Depuis des années, l'assurée présentait un état dépressif chronique.
10. Par rapport du 6 octobre 2010, le Prof. N\_\_\_\_\_, médecin auprès du service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué une encéphalopathie hépatique modérée ou toxique.
11. Par rapport du 19 octobre 2010, Monsieur O\_\_\_\_\_, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a indiqué que les troubles cognitifs mis en évidence chez l'assurée étaient modérés à sévères et touchaient peu ou prou toutes les fonctions cognitives. Ils étaient très probablement le signe d'une atteinte diffuse de l'encéphale correspondant à une démence. Le seul examen neuropsychologique était toutefois insuffisant pour poser un tel diagnostic. L'absence de conscience des troubles cognitifs (pas de plainte cognitive, aucune réaction face aux échecs) était un élément supplémentaire en faveur d'un tel diagnostic. Les troubles cognitifs étaient clairement la résultante de la consommation d'alcool. La capacité de travail était nulle dans toute activité du seul fait des troubles cognitifs. Le psychologue a noté des signes de négligence corporelle, avec des ongles sales, un chemisier taché (traces de vomissures ?) ainsi qu'une forte odeur d'urine. L'unique problème qui préoccupait l'assurée était les séquelles de ses fractures ; elle n'évoquait pas son alcoolisme, ni sa cirrhose. Il ne savait pas qui avait rempli les questionnaires sur les actes de la vie quotidienne, cela pouvait être l'assurée elle-même car il y avait une réponse inadéquate à l'un des items. Il en résultait que l'assurée était indépendante pour les déplacements, l'usage des escaliers, le bain, l'habillement, l'alimentation et les fonctions urinaires. Il n'y avait de difficulté que pour le transfert du lit au fauteuil. Elle était toutefois aidée pour son ménage et pour la cuisine par une femme de ménage, de sorte que son autonomie n'était que partielle. Enfin, elle ne présentait pas de signe clinique évident d'une humeur dépressive ou anxieuse.

12. Par avis du 5 janvier 2011, le Dr M\_\_\_\_\_ a retenu des troubles cognitifs modérés à sévères de type démence. L'incapacité de travail était totale depuis 2008, date de la découverte de la cirrhose hépatique compliquée d'une encéphalopathie hépatique toxique.
13. Le 11 janvier 2011, l'OAI a établi un mandat d'enquête ménagère ; il convenait par ailleurs d'examiner s'il y avait lieu de se déterminer sur une impotence, bien que l'expert ait estimé que l'assurée était autonome.
14. Le 22 février 2011 a eu lieu, au domicile de l'assurée, une enquête ménagère effectuée par Madame P\_\_\_\_\_. Selon sa note de travail du 28 février 2011, au vu de la gravité de l'état de santé de l'assurée, il avait été difficile de procéder à une véritable enquête ménagère. L'assurée, anosognosique, présentait d'importants troubles cognitifs et consommait de l'alcool de manière quotidienne. Selon les explications fournies au tuteur par les enfants et leur père, l'assurée avait débuté sa consommation d'alcool peu après la naissance de ses enfants en 1991-1992 et s'était rapidement montrée inapte à assumer ses responsabilités familiales et parentales. Sa mère s'était beaucoup investie dans la prise en charge des enfants jusqu'en 2006, année de son décès. Depuis, la situation n'avait cessé de se détériorer. Malgré diverses tentatives de soins dans des établissements spécialisés, l'assurée n'avait jamais pu cesser sa consommation d'alcool. En 2008, elle avait été mise sous tutelle. Le tuteur avait alors trouvé son appartement dans un état déplorable. Il avait tenté de faire intervenir la FSASD dès 2009, mais l'assurée s'était rapidement opposée à leur intervention. La gouvernante, engagée depuis quelques mois, s'occupait de l'intendance et de l'ensemble des tâches ménagères. Travaillant à 100% (tous les jours de 8h00 à 16h00, sauf le mardi et le dimanche), elle faisait les courses, les repas, assurait l'entretien du logement, faisait la lessive et aidait l'assurée à réaliser les gestes quotidiens, lorsque cette dernière ne pouvait plus les faire elle-même. Actuellement, les troubles cognitifs sont tels que l'assurée n'était absolument plus capable de tenir un ménage, ni préparer un repas. Elle passait la majeure partie de la journée allongée sur le canapé, elle s'alcoolisait quotidiennement au point de ne plus être capable de parler correctement, de ne plus pouvoir se déplacer sans risquer de chuter (4 chutes à domicile entre octobre et décembre 2010), de ne plus être capable de se prendre en charge. Les empêchements étaient proches de 100% pour tous les postes. Dès lors que les enfants étaient en études et qu'ils présentaient des difficultés sur le plan scolaire, il lui avait semblé adéquat de ne pas retenir une exigibilité supérieure à 20% de leur part. Le taux d'invalidité total dans la sphère ménagère correspondait à 80%. Enfin, il lui paraissait vraisemblable de considérer l'assurée comme ménagère à 100% depuis 2000, date à laquelle elle avait hérité de biens immobiliers qui lui permettaient depuis lors de vivre d'une rente d'environ 7'000 fr. par mois. Enfin, l'infirmière a noté « une API pour accompagnement durable a été effectuée ».

15. Par pli du 22 février 2011, le tuteur de l'assurée a informé Madame P \_\_\_\_\_ notamment de ce qu'il arrivait à sa pupille de sauter un repas avant l'engagement de la gouvernante en novembre 2009, qu'elle ne se lavait pas d'elle-même, ce qui était très désagréable, sachant qu'elle souffre d'incontinence.
16. Le 23 février 2011, le tuteur a déposé une demande d'allocation pour impotent pour sa pupille. Il ressort des réponses aux questions posées que l'assurée avait besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants :
- a. Se vêtir/se dévêtir : l'assurée a besoin qu'on lui indique qu'elle doit se changer ou qu'elle doit se dévêtir pour dormir la nuit.
  - b. Manger : parfois, même souvent, la nourriture doit être coupée en petits morceaux, sinon l'assurée ne mange pas. Il faut lui dire de manger, sinon elle oublie.
  - c. Soins du corps : il faut dire à l'assurée de se laver (même les mains), se coiffer et se doucher, sinon elle ne le fait pas.
  - d. Aller aux toilettes : l'assurée a besoin d'aide pour vérifier la mise en ordre des habits, son hygiène corporelle et la vérification de la propreté, en raison des problèmes d'incontinence.
  - e. Se déplacer : l'assurée a besoin d'aide dans l'appartement, à l'extérieur et pour entretenir des contacts sociaux, en raison des nombreuses chutes. Elle n'avait plus de contacts sociaux, hormis les médecins et la gouvernante.

En outre, le tuteur a indiqué que sa pupille a besoin d'aide de jour depuis janvier 2010 en raison des nombreuses chutes dès novembre 2009. L'aide était apportée par une gouvernante. Elle nécessitait également, probablement depuis octobre/novembre 2008, d'une surveillance personnelle en raison des nombreuses chutes (7 ou 8 chaque année). En outre, elle avait besoin d'un accompagnement durable et régulier pour surveiller son hygiène en raison des problèmes d'incontinence, ce depuis plusieurs années. Elle avait besoin d'aide pour le ménage, la propreté, la préparation des repas, faire les courses ainsi que pour les rendez-vous à l'extérieur en raison des chutes. La présence régulière était nécessaire pour éviter l'isolement durable du monde extérieur depuis octobre/novembre 2008 ou même avant. Madame Q \_\_\_\_\_ prenait en charge cette surveillance et cet accompagnement depuis novembre 2009.

17. Par courrier du 28 février 2011 adressé au tuteur, le Dr I \_\_\_\_\_ a expliqué que la capacité de travail avait toujours été limitée par l'alcoolisme déjà grave existant depuis 1994 et qu'il avait posé le diagnostic de cirrhose dès avril 2006. Une impossibilité de travailler était en tout cas déjà présente en août 2008.

18. Par rapport du 1<sup>er</sup> mars 2011 concernant l'instruction relative à l'impotence de l'assurée, Mme P\_\_\_\_\_ a noté que cette dernière, qui présente des troubles cognitifs modérés à sévères, type démence, s'alcoolise quotidiennement depuis de nombreuses années et son état de santé n'a cessé de se détériorer. Elle avait fait 11 chutes à domicile durant les deux dernières années, dont 4 depuis le mois d'octobre 2010. Ses troubles psychiques et cognitifs sont tels qu'elle n'est plus apte à se prendre en charge. Déjà en 2009, l'assurée avait reçu une aide de la FSASD, mais elle avait rapidement refusé leurs interventions. La gouvernante, présente tous les jours de 8h00 à 16h00 (sauf le mardi et le dimanche), assure l'intendance de la maison (courses, préparation des repas, ménage et lessive) et accompagne l'assurée dans la réalisation des gestes quotidiens et dans certains de ses déplacements extérieurs.

Selon l'infirmière, l'assurée n'avait besoin d'aucune aide pour les actes ordinaires de la vie, à savoir se vêtir, se dévêtir ; se lever, s'asseoir, se coucher ; manger ; faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher) ; aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes) ; se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretenir des contacts sociaux).

Par contre, l'assurée présentait la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie en tout cas depuis le mois d'avril 2008 car elle ne pouvait vivre de manière indépendante, elle avait besoin d'un accompagnement pour les activités et les contacts à l'extérieur et enfin, elle nécessitait la présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable.

S'agissant de la gestion du quotidien, l'infirmière a relevé que l'assurée, anosognosique, vit avec ses deux enfants de 19 et 20 ans. Il semblait que l'assurée soit inapte à assumer ses responsabilités parentales depuis plusieurs années déjà. L'assurée avait commencé à s'alcooliser peu après leur naissance (dans les années 1991-1992). C'est une gouvernante qui assume les tâches ménagères et qui l'aide à structurer sa journée. Il semblait que l'assurée passe l'essentiel de sa journée allongée sur le canapé, devant la télévision. Elle consomme de l'alcool de manière quotidienne. Sa seule activité est de promener son chien le matin, jusqu'au parc. Elle vit de manière isolée, ayant renoncé à toute activité sociale. S'agissant de l'hygiène personnelle, l'assurée doit être stimulée pour effectuer ses soins d'hygiène. C'est sa gouvernante qui l'encadre dans cette tâche. Lorsqu'elle est alcoolisée, elle souffre d'incontinence double. Il lui arrive régulièrement d'être dans un tel état qu'elle n'est plus capable de se laver et de changer de vêtements seule. Dans ce cas, la gouvernante lui apporte une aide directe. S'agissant des courses et de la préparation des repas, l'infirmière a noté qu'en raison des troubles cognitifs, l'assurée n'est plus capable de préparer un repas, lequel est entièrement confectionné par la gouvernante. Elle mange très peu et de manière sélective. Souvent, elle grignote de manière anarchique dans la journée. Le ménage et la

lessive sont des tâches entièrement prises en charge par la gouvernante. S'agissant du budget et des tâches administratives, elle sont entièrement gérées par le tuteur. En tout cas depuis avril 2008, l'assurée avait besoin d'une aide lui permettant de vivre de manière indépendante.

S'agissant des activités hors du domicile, l'infirmière a relevé que l'assurée sort peu de chez elle. Sa capacité à accéder aux lieux publics est fluctuante et dépend de son niveau d'alcoolisation. Selon son état, la gouvernante l'accompagne dans ses déplacements extérieurs, notamment pour se rendre jusqu'à la permanence de Cornavin. Parfois, l'assurée se rend seule chez son médecin à Versoix. A plusieurs reprises, des passants ont dû la prendre en charge et l'y accompagner. Elle a de la peine à avoir un suivi médical régulier. Souvent, elle consulte en urgence, puis n'arrive pas à se rendre aux rendez-vous suivants. Son tuteur l'aide à gérer son suivi médico-social depuis 2008. Ainsi, l'assurée avait besoin d'un accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile en tout cas depuis avril 2008.

Enfin, l'assurée est actuellement dans une situation d'isolement et son état de santé reste précaire malgré les diverses mesures d'encadrement mises en place depuis 2008. Elle vit repliée chez elle et n'a pas pu pour l'instant cesser sa consommation d'alcool. Elle n'entretient plus que quelques contacts avec sa famille des Grisons. A Genève, elle n'a pas pu établir des liens sociaux durables et a cessé la plupart de ses activités sociales. L'assurée avait donc besoin de la présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable en tout cas depuis avril 2008.

La gouvernante et le tuteur fournissaient l'aide sous forme d'accompagnement. Enfin, l'assurée avait besoin d'une aide permanente pour suivre le traitement dès avril 2008; elle gérait ses médicaments seule avec la supervision de la gouvernante. Il convenait donc d'octroyer une impotence de degré léger dès le mois d'avril 2009 (fin du délai de carence).

19. Par courrier du 2 mars 2011, l'assurée a fait remarquer, en se référant au rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 28 février 2011, que le diagnostic de cirrhose avait été posé en avril 2006 déjà et non en 2008 comme indiqué de manière erronée par les Drs H\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Les capacités de travail, professionnelles et ménagères, étaient proches de zéro en 2007 et très probablement dès 2006, suite au décès de sa mère. Par ailleurs, une aide-ménagère avait été sollicitée en février 2007. M. R\_\_\_\_\_, responsable de service à la FSASD lui avait indiqué par courriel du 23 février 2011, n'avoir pas conservé les archives à son sujet et qu'il n'était pas en mesure de lui donner plus de renseignements. L'assurée a relevé qu'elle n'avait pas été capable de se rendre compte objectivement de ses droits et d'introduire plus tôt une demande auprès de l'OAI. Elle demandait par conséquent

le versement de l'allocation pour impotent et d'une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2006, mois où la cirrhose hépatique avait été diagnostiquée.

20. Par rapport du 2 mars 2011, le Dr I\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un éthylisme chronique depuis au moins 1994 et une cirrhose micronodulaire avec hypertension portale et ascite connue depuis 2006. Les données contenues dans la demande d'allocation pour impotent concernant les actes ordinaires de la vie (chiffre 4) correspondaient à ses constatations. Selon lui, le début de l'incapacité pour effectuer les actes ordinaires de la vie remontait à 2008, année depuis laquelle l'aide était nécessaire et était devenue indispensable. L'aide pour les AVQ était indispensable depuis novembre 2010 en tout cas. L'état de santé s'était péjoré et le pronostic allait en s'aggravant.
21. Par projet de décision du 14 mars 2011, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> avril 2009. Il résultait de l'enquête menée le 22 février 2011 et des rapports médicaux que l'assurée nécessitait une aide pour l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie quotidienne dès le mois d'avril 2008. Le droit à l'allocation débutait le 1<sup>er</sup> avril 2009, soit après une année de délai de carence.
22. Le 29 mars 2011, l'assurée a contesté le degré de l'impotence retenu ainsi que le début du droit.
23. Le 3 mai 2011, Mme P\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux contestations de l'assurée : en ce qui concerne l'allocation pour impotent, qui ne prend pas en compte les tâches ménagères, mais la capacité à exécuter les actes ordinaires de la vie, elle avait repris, pour définir le début du droit, et en l'absence de dates précises formulées par le tuteur, ce qui lui semblait le plus vraisemblable, soit la date de l'incapacité de travail durable définie par le SMR, et plus précisément la date d'avril 2008 telle qu'établie dans le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 30 mars 2009.

L'éthylisme était connu depuis au moins 1994 et il ne rendait pas l'assurée incapable d'effectuer les actes ordinaires de la vie (manger, s'habiller, se laver, etc.). Selon les explications obtenues le 3 mai 2011 lors d'un entretien téléphonique avec M. R\_\_\_\_\_, l'assurée avait effectivement sollicité une aide ménagère pour la première fois en 2007 à raison d'une heure et demie par semaine. Cette aide était restée sporadique, l'assurée refusant régulièrement d'ouvrir la porte. Une demande pour le ménage avait à nouveau été faite par le Dr I\_\_\_\_\_ en 2008 suite à la fracture du bassin et une période d'hospitalisation, car elle était à nouveau incapable de tenir son appartement. Selon M. R\_\_\_\_\_, il s'agissait d'une simple aide au ménage et d'un soutien psychologique, qui n'a pas duré en raison de la non collaboration de l'assurée.

S'agissant de l'aide au maintien de l'hygiène corporelle, c'est seulement en novembre 2010, que le Dr I\_\_\_\_\_ avait fait une demande pour que l'assurée

soit aidée pour sa toilette et un contrôle de santé régulier, ce que l'assurée avait toujours refusé et qui n'a jamais été effective. Selon les professionnels de la FSASD, à cette époque, l'assurée ne présentait pas de problèmes d'hygiène importants. Une planche de bain et une poignée avaient été installées dans la salle de bain. L'assurée était capable à cette époque de se laver, même si elle ne le faisait pas aussi régulièrement que l'aurait souhaité son entourage. Le besoin d'aide n'était donc pas, selon les informations recueillies, régulier et important. M. R. \_\_\_\_\_ a précisé qu'à aucun moment les aides à domicile n'avaient constaté une négligence de l'hygiène et de la tenue vestimentaire telle qu'elle ait nécessité leur intervention. Selon sa propre évaluation de la situation, « il s'agit plus d'un soutien psycho-social dont cette dame a besoin, que d'une aide pour les soins de base quotidiens. Depuis 2007, nous intervenons pour le ménage, mais pas pour les soins corporels. » Selon l'infirmière, pour cette période, l'aide pour la toilette n'était pas régulière et importante, mais intervenait lors d'épisodes d'alcoolisation et d'incontinences. Il semblerait qu'il s'agissait plus d'une aide indirecte selon la demande d'allocation déposée par la recourante. Le rapport de M. O. \_\_\_\_\_ indiquait d'ailleurs que l'assurée conservait son autonomie pour les activités de base. La demande d'aide pour la toilette du Dr I. \_\_\_\_\_ remontait à novembre 2010, de sorte qu'il convenait de prendre en compte l'acte « se laver » dès le mois de février 2011 (trois mois d'aggravation).

S'agissant de la surveillance, elle ne se rapportait pas aux actes ordinaires de la vie, elle devait être admise s'il s'avère que la personne assurée, laissée sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit elle-même, soit des tiers. L'infirmière considérait donc que l'assurée n'avait actuellement pas besoin d'une surveillance personnelle permanente.

Ainsi, au vu des derniers éléments au dossier, l'infirmière proposait de maintenir l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie dès le mois d'avril 2009 (fin du délai de carence) et de prendre en compte l'acte « se laver » dès le mois de février 2011 (soit après 3 mois d'aggravation). Cela ne changeait rien au degré d'impotence, qui restait léger.

24. Par avis du 8 mai 2011, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que la date de l'incapacité de travail durable remonte à 2008, soit la date de la découverte de la cirrhose hépatique compliquée d'une discrète encéphalopathie hépatique toxique (soit des troubles cognitifs associés) et la mise sous tutelle. La cirrhose découverte en 2006 n'était pas incapacitante, mais les troubles cognitifs consécutifs à l'encéphalopathie hépatique l'étaient et rien ne permettait d'affirmer que ces troubles existaient en 2006. Le médecin était d'accord avec les constats de l'enquêtrice. Il n'y avait pas d'éléments pour dire que l'incapacité de travail totale remontait au 1<sup>er</sup> avril 2006.
25. Par décision du 17 mai 2011, l'OAI a octroyé une allocation pour impotent de faible degré à domicile à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009. Comme date du début droit,

l'OAI s'était référé à la date définie par le SMR, et plus précisément la date d'avril 2008 telle qu'établie dans le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 30 mars 2009. L'atteinte à la santé était connue depuis au moins 1994, mais l'assurée était alors apte à accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne. Une aide par la FSASD avait été demandée en 2007 pour la première fois, mais les interventions avaient vite été interrompues. L'assurée avait vécu seule avec ses enfants entre 2006 et janvier 2010. Une gouvernante avait débuté une activité de manière occasionnelle dans un premier temps, puis 5 jours par semaine depuis janvier 2010. L'assurée restait seule, par exemple le mardi, et sortait seule dans son quartier. Elle n'avait donc pas besoin d'une surveillance personnelle permanente. La demande d'aide pour l'acte « faire sa toilette » remontait à 2010. Le projet de décision était donc maintenu, basé sur l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie dès avril 2009 (soit à la fin du délai de carence) et la prise en compte de l'acte « se laver » dès février 2011 (soit trois mois après l'aggravation). Le degré faible de l'impotence restait inchangé.

26. Par acte du 17 juin 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 (procédure ouverte sous la cause A/1905/2011). Elle est d'avis que le point de départ de l'impotence remonte au 1<sup>er</sup> avril 2007 dès lors que la cirrhose a été diagnostiquée en avril 2006, voire dès le décès de sa mère en juillet 2006, ou dès le 9 janvier 2007, date du dépôt de la requête de mise sous tutelle. Selon elle, le degré de l'impotence est moyen car elle nécessite une surveillance constante pour accomplir deux actes de la vie quotidienne. Elle explique que ses capacités de travail, tant professionnelles que ménagères, étaient proches de zéro en 2007 et très probablement telles dès août 2006, à la suite du décès de sa mère. Elle fait valoir qu'en raison de son état de santé, elle est incapable de gérer son quotidien convenablement et d'accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne de sorte qu'elle a besoin d'une surveillance et d'une aide pour faire face aux nécessités de la vie quotidienne. Ainsi, depuis que la gouvernante est présente, la recourante ne saute plus de repas et mange à des heures fixes. Par ailleurs, la recourante ne se lave pas d'elle-même, alors qu'elle souffre d'incontinence et s'oublie parfois chez elle ou ailleurs. C'était donc la gouvernante qui lui demandait de se changer lorsqu'elle constatait ce genre d'accidents. Elle n'avait pas été en mesure de déposer une demande d'allocation en raison de ses problèmes psychologiques dus à son alcoolisme, ce qui, selon elle, permet d'obtenir le versement rétroactif de l'allocation jusqu'à 5 ans avant le dépôt de la demande (par l'application de l'ancien art. 48 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; 831.20), et en se référant à un arrêt rendu par la Cour de céans le 16 mai 2011 (ATAS/481/2011).
27. Le 19 juillet 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Il ajoute que l'encéphalopathie hépatique toxique doit être retenue comme la cause la plus probable des troubles cognitifs justifiant

---

l'invalidité de l'assurée (rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2010). Les rapports médicaux faisaient état de la nécessité d'une aide à partir de 2008 seulement, selon le Dr I\_\_\_\_\_. Par ailleurs, malgré la demande tardive (déposée le 23 février 2011), l'intimé avait octroyé les prestations à compter de la fin du délai de carence d'une année, en appliquant l'art. 24 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), l'art. 48 al. 2 aLAI n'étant pas applicable. Selon l'enquête ménagère, qui avait pleine valeur probante, et le rapport de M. O\_\_\_\_\_, l'état de santé de la recourante ne nécessitait pas une aide régulière pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie sur les six actes reconnus, puisqu'elle était indépendante pour les déplacements, l'usage des escaliers, le bain, l'habillement, l'alimentation et les fonctions urinaires.

28. Par réplique du 12 août 2011, la recourante conteste la position de l'intimé. S'agissant du début de l'impotence, elle fait remarquer que le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle est incapable de s'occuper d'elle-même depuis 1994 (rapport du 4 mars 2009). Elle avait sollicité une aide pour le ménage en février 2007 déjà auprès de la FSASD. Elle n'était notamment pas indépendante pour les fonctions urinaires, puisqu'elle souffrait d'incontinence urinaire. La gouvernante assumait ainsi certains soins lorsqu'elle « s'oubliait », ce qui arrivait fréquemment. Sans cette aide constante, la recourante resterait inerte et passive toute la journée. Grâce à l'aide de la gouvernante, le ménage était bien tenu, la recourante pouvait manger et elle avait une meilleure hygiène. Enfin, elle fait remarquer que M. O\_\_\_\_\_ n'est pas médecin, mais psychologue. S'agissant du début du droit aux prestations, elle rappelle qu'elle n'avait pas la capacité de discernement pour déposer plus tôt la demande, de sorte qu'elle a droit à une allocation pour impotent de degré moyen à domicile à tout le moins dès le 1<sup>er</sup> avril 2007.
29. Par duplique du 22 septembre 2011, l'intimé admet l'existence d'un alcoolisme chronique avant avril 2008, mais pas la nécessité d'un besoin d'accompagnement durable avant cette date. L'intimé est d'avis que les constatations et conclusions de l'enquêtrice rejoignent les indications données dans la demande du 22 février 2011, à savoir que l'aide nécessaire pour l'ensemble des actes ordinaires de la vie (se vêtir/se dévêtir ; manger, les soins du corps, aller aux toilettes, se déplacer) consiste uniquement à rappeler à la recourante les actes qu'elle doit accomplir ou à vérifier qu'elle y a procédé, ou à faire preuve d'une vigilance particulière en raison du risque de chute. Le fait que la recourante souffre d'incontinence urinaire ne permet pas de conclure au besoin d'une aide pour aller aux toilettes proprement dite, dès lors qu'elle possède les facultés psychiques et physiques de le faire elle-même, mais d'une vigilance ou d'une incitation de la part d'un tiers chargé de l'accompagner. L'intimé s'était fondé sur le rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> mars 2011, qui possède pleine valeur probante et qui vient confirmer en totalité les indications données dans la demande de prestations du 22 février 2011 et les données anamnestiques de M. O\_\_\_\_\_ et les rapports du Dr I\_\_\_\_\_ du 4 mars

2009 (assurée incapable de s'occuper d'elle-même, donc nécessitant un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie) et du 2 mars 2011 (aide nécessaire, pour les mêmes raisons). Aucun fait avancé par la recourante ou ses médecins traitants, qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction, ne venait remettre en cause, bien au contraire, l'appréciation de l'intimé quant au degré de l'allocation pour impotent.

30. S'agissant de la question de la rente d'invalidité, l'OAI a, par décision du 24 juin 2011, octroyé à l'assurée une rente entière (80% d'invalidité) dès le 1<sup>er</sup> août 2009.
31. Par acte du 26 août 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 (procédure ouverte sous la cause A/2576/2011).
32. Par réponse du 26 septembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision.
33. Par ordonnance du 3 octobre 2011, la Cour de céans a ordonné la jonction des causes A/1905/2011 et A/2576/2011 sous la cause A/1905/2011.
34. Le 13 octobre 2011, la recourante a repris notamment ses arguments quant au début du droit à l'allocation pour impotent, le 1<sup>er</sup> avril 2007, et au degré moyen de son impotence. Contrairement à l'avis de l'intimé, étant donné qu'elle est incontinente, elle ne dispose pas des capacités physiques, mais surtout psychiques pour se rendre compte qu'elle doit se rendre aux commodités. Elle a ainsi besoin de l'aide de la part de sa gouvernante (pose d'un vase pour uriner par exemple) afin d'accomplir l'acte « aller aux toilettes ». Elle conteste les conclusions de M. O\_\_\_\_\_ et est d'avis qu'il convient de donner plus de crédibilité aux rapports des Drs I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_.
35. Dans son écriture du 11 novembre 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
36. Par arrêt du 23 avril 2012, la Cour de céans a admis partiellement le recours du 17 juin 2011, a annulé la décision du 17 mai 2011 et a octroyé à la recourante une allocation pour impotent de degré moyen à domicile dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, compte tenu de la nécessité d'un accompagnement durable pour faire aux nécessités de la vie et de l'aide pour accomplir les actes « aller aux toilettes » et « soins du corps ». Le recours du 26 août 2011, portant sur le début du droit à la rente d'invalidité, à quant à lui été rejeté (ATAS/522/2012).
37. Le 31 août 2012, suite aux recours déposés par la recourante et l'intimé, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt précité en tant qu'il porte sur l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen à domicile dès le 1<sup>er</sup> avril 2009 et sur les frais et dépens, au motif que les constatations de fait justifiant la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie étaient insuffisantes. La cause a été

---

renvoyée à la Cour de céans pour nouveau jugement (9C\_432/2012 et 9C\_441/2012).

38. Par écriture du 2 octobre 2012, la recourante persiste dans l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen à domicile dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 et conclut préalablement à la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère à son domicile, ou le cas échéant, à une expertise judiciaire, afin d'élucider précisément les questions liées à son impotence (le degré et le début du droit). Selon la recourante, aucune enquête n'avait été effectuée afin d'instruire la question de son impotence ; le document établi le 28 février 2011 par Mme P\_\_\_\_\_ avait été rédigé à la suite d'une enquête ménagère effectuée le 22 février 2011 et qui portait uniquement sur la question de son invalidité. D'ailleurs, la demande d'allocation pour impotent avait été envoyée le 22 février 2011, soit après cette enquête à domicile. Les actes d'instruction permettraient de déterminer, et surtout de motiver en quoi elle nécessite un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Pour le surplus, elle se réfère à son recours du 21 mai 2011 interjeté auprès du Tribunal fédéral. Elle y fait valoir, en substance, que s'agissant du début de son impotence, il convient de se fonder sur les certificats médicaux qui attestent qu'elle est impotente depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006 déjà, plutôt que sur l'enquête ménagère du 22 février 2011 qui n'avait porté que sur son invalidité. Elle rappelle qu'elle est incapable de se prendre en charge elle-même depuis 1994 ; que sa situation s'est péjorée depuis le décès de sa mère en juillet 2006 ; qu'une cirrhose hépatique influant sur sa manière de gérer son quotidien a été diagnostiquée en avril 2006 et qu'en février 2007, elle avait sollicité une aide pour le ménage. La nécessité d'une aide ménagère avait donc débuté à tout le moins en avril 2006, voire en juillet 2006 ou en janvier 2007, date de la requête de mise sous tutelle.
39. Par pli du 4 octobre 2012, l'intimé considère que le dossier contient suffisamment d'éléments pour admettre que la recourante ne peut pas vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne et pour conclure qu'il n'existe, par ailleurs, aucun besoin d'assistance pour les actes ordinaires de la vie qui ne serait pas déjà couvert par la nécessité d'un accompagnement. L'intimé renvoie à son argumentation développée dans ses écritures des 19 juillet et 22 septembre 2011, ainsi que dans son recours de droit public. En substance, l'intimé y fait valoir qu'il n'existe aucun élément suffisant pour conclure qu'une aide importante et régulière serait nécessaire pour les actes « aller aux toilettes » et « faire sa toilette », indépendamment d'un besoin d'accompagnement durable. L'aide nécessaire consiste uniquement à rappeler à la recourante d'accomplir les actes ordinaires de la vie ou de vérifier qu'elle y a procédé. Le fait que la recourante souffre d'incontinence urinaire ne permet pas de conclure au besoin d'une aide pour aller aux toilettes proprement dite, dès lors qu'elle possède les facultés physiques de le faire elle-même. Il n'y avait aucune indication selon laquelle la recourante serait contrainte de porter une protection contre l'incontinence ou que l'acte d'aller aux toilettes exigerait trop d'efforts et de temps

---

de sa part. L'acte « aller aux toilettes » n'était du reste pas visé dans le rapport d'enquête à domicile parmi les actes dont l'exécution serait rendue régulièrement difficile du fait de l'état d'alcoolisation de la recourante. La possibilité d'accomplir l'acte « faire sa toilette » est uniquement différée du fait de l'alcoolisation quotidienne de la recourante, laquelle est en mesure d'accomplir ces actes tous les jours au moment où la consommation d'alcool n'a pas encore dépassé la limite au-delà de laquelle ils ne sont plus envisageables. Le fait qu'elle ne soit pas en mesure de faire sa toilette aussi souvent qu'elle-même ou son entourage l'aurait souhaité ne suffit pas à admettre une impotence de ce chef. S'agissant du début du droit à l'allocation pour impotent, l'intimé fait valoir qu'en novembre 2010, la recourante ne nécessitait aucune aide importante et régulière pour « aller aux toilettes » et « faire sa toilette » : le rapport du Dr O\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2010 atteste que la recourante est indépendante pour le bain, l'habillement et les fonctions urinaires, ce qui est confirmé par les collaborateurs de la FSASD, qui ont constaté que la recourante ne pouvait certes pas se laver autant de fois qu'il serait nécessaire du point de vue de son entourage, mais qu'aucune négligence de l'hygiène et de la tenue vestimentaire n'était observable que dès novembre 2010 (note de Mme BROCARD du 3 mai 2011). La simple remarque de l'enquêtrice selon laquelle la recourante ne pourrait plus changer de vêtements et faire sa toilette lorsqu'elle est dans un état d'alcoolisation avancé, ne saurait emporter la conviction d'un empêchement important et durable pour les actes mentionnés en avril 2008 déjà.

40. Par courrier du 16 octobre 2012, la recourante a informé la Cour de céans du dépôt, le 27 juillet 2012, d'une demande de contribution d'assistance auprès de l'intimé. Une enquête à son domicile allait être faite prochainement pour déterminer si elle avait droit à cette contribution. Il était souhaitable que la Cour de céans ordonne une enquête ménagère sur l'impotence au même moment, étant donné que les deux prestations étaient liées ; ou à tout le moins une expertise judiciaire.
41. Après avoir adressé une copie de ce courrier à l'intimé, la Cour de céans a ensuite gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. Les questions de la compétence de la Cour de céans, de la recevabilité du recours et du droit applicable ont été tranchées par l'arrêt du 23 avril 2012 (ATAS/522/2012), de sorte qu'il n'y a pas lieu de les examiner.
2. Restent litigieux le degré d'impotence présenté par la recourante ainsi que le début du droit à l'allocation pour impotent.
3. 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<sup>bis</sup> est réservé (al. 1<sup>er</sup>). L'impotence peut être grave, moyenne ou

faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42<sup>bis</sup> al. 5 est réservé (al. 3).

L'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) précise que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (al. 1<sup>er</sup>). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a), d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b), ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (al. 2). L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a), d'une surveillance personnelle permanente (let. b), de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c), de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d), ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (al. 3).

b) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé:

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

Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 39 al. 2 RAI). N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1 (art. 38 al. 3 RAI).

c) Selon la jurisprudence, les actes ordinaires de la vie déterminants sont les suivants : 1) se vêtir et se dévêtir, 2) se lever, s'asseoir et se coucher, 3) manger, 4) faire sa toilette (soins du corps), 5) aller aux cabinets et 6) se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts (ATF 124 II 247; 121 V 90 consid. 3a et les références citées). De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Que l'accomplissement des actes ordinaires de la vie soit plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence (RCC 1989 p. 228, 1986 p. 507 et RCC 1986 p. 507 ; ch. 8013 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, CIIAI).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ch. 8011 CIIAI; ATF 117 V 146 consid. 2). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI). Par ailleurs, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que, sous l'angle juridique, il n'y a aucune raison de traiter différemment un assuré qui n'est plus en mesure d'accomplir une fonction (partielle) en tant que telle ou ne peut l'exécuter que d'une manière inhabituelle et un assuré qui peut encore accomplir cet acte, mais n'en tire aucune utilité (ATF 117 V 151 consid. 3b). S'agissant de l'aide déterminante pour accomplir un acte ordinaire de la vie, le Tribunal fédéral a reconnu qu'un assuré a besoin de l'aide d'autrui pour se vêtir, même s'il peut accomplir seul cet acte ordinaire de la vie mais qu'il a besoin de l'aide de son épouse pour lui indiquer les vêtements appropriés à la situation météorologique et lui dire de se changer. Dans un tel cas, l'assuré a besoin seulement d'une aide indirecte, dès lors que s'il était livré à lui-même, il n'accomplirait pas cet acte ou ne le ferait qu'imparfaitement ou à contretemps (ATFA non publié 8C\_780/2011 du 4 décembre 2012, consid. 3.2.1).

Par ailleurs, il y a impotence en relation avec l'acte "faire sa toilette" (ATF 121 V 88 consid. 2c), lorsque l'assuré ne peut effectuer lui-même un acte ordinaire de la

---

vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher). Pour l'acte "aller aux toilettes" (ATF 121 V 88 consid. 6), il y a impotence lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène, se rhabiller ou l'aider pour s'asseoir ou se relever, ou encore lorsqu'il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes (p. ex. apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner). Le principe selon lequel 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, est en particulier applicable lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité d'accomplir l'acte consistant à aller aux toilettes (ATF 121 V 95 consid. 6c, 121 V 94 consid. 6b et les références). Ainsi, le Tribunal fédéral a estimé qu'une assurée, qui présentait un handicap moteur sévère doublé d'une incontinence urinaire, ne pouvait accomplir, d'une manière conforme aux mœurs usuelles, l'acte d'aller aux toilettes. Même si, au prix de grands efforts, l'assurée était apte à se déplacer seule jusqu'aux toilettes, le temps dont elle avait besoin pour y accéder et se dévêtir était insuffisant, de sorte que sa capacité technique de s'y rendre sans l'aide d'autrui ne lui était d'aucune utilité. Elle n'était donc pas apte à accomplir seule cet acte ordinaire de la vie (ATFA non publié I 294/00 du 15 décembre 2000, consid. 4e).

Le Tribunal fédéral a également qualifié d'importante l'aide indirecte apportée à un assuré qui pouvait certes encore aller aux toilettes et se nettoyer mais avait besoin d'une surveillance pour être aidé au besoin lorsque le nettoyage était insuffisant (ATFA non publié H 86/87 du 1<sup>er</sup> mars 1988). Par ailleurs, les juges ont reconnu l'importance d'une surveillance brève et régulière du contrôle de la propreté après être allé aux toilettes, ce qui n'est pas seulement une affaire d'hygiène, de santé et de pratiques sociales, il y allait aussi, plus généralement, de la dignité humaine. Si rapide fût-elle, cette surveillance n'en constitue pas moins une aide de tiers indirecte et importante dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie (VSI 1996 182, consid. 6b).

Le Tribunal fédéral a encore précisé que le fait d'aller aux toilettes doit être considéré comme un acte à part entière composé de plusieurs fonctions partielles. La nécessité de remettre en ordre ses habits, qui y est étroitement liée tant d'un point de vue temporel que matériel, permet de la considérer comme une unité fonctionnelle en relation directe avec cet acte ordinaire de la vie. Il est vrai, certes, que l'aide se concentre alors sur l'objet « habits » et peut être considérée comme partie intégrante de l'acte ordinaire de s'habiller/se déshabiller d'un point de vue purement mécanique et sélectif. Or, ce dernier acte consiste au premier chef à s'habiller le matin et à se déshabiller le soir ; il est facilement planifiable à l'avance. Remettre en ordre ses habits dans l'acte « aller aux toilettes » demande parfois l'intervention ponctuelle et plus ou moins récurrente d'un tiers, sans commune mesure avec l'acte ordinaire de la vie consistant simplement à s'habiller et à se déshabiller (VSI 1996 182, consid. 6c). Enfin, le Tribunal fédéral a attribué à l'acte

« aller aux toilettes » et non à l'acte « faire sa toilette », la toilette de l'assuré lorsque celui-ci ne parvient pas à temps aux toilettes ou que l'urinal s'est déplacé (ATFA non publié H 206/86 du 12 février 1987).

d) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), 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). Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes: structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), tenir son ménage (instructions et surveillance/contrôle), conformément au ch. 8050 CIIAI, dont la conformité à la loi et à la Constitution fédérale a été admise (ATF 133 V 450). Dans la seconde éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (ATF non publié 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008, consid. 3).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie 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). L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ATF 133 V 450 consid. 9). 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).

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

Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190 consid. 3b ; 1980 p. 64 consid. 4b). 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).

4. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics

---

médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 130 V 61 consid. 6.2; 125 V 351 consid. 3b/ee; ATF non publié 9C\_406/2008 du 22 juillet 2008, consid. 4.2).

5. En l'espèce, l'intimé a reconnu la nécessité pour la recourante d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie et d'une aide régulière et importante pour un seul acte ordinaire de la vie « les soins du corps ». L'intimé s'est fondé sur les constatations relevées par Mme P \_\_\_\_\_, infirmière, dans son rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> mars 2011, complété le 3 mai 2011.

Au vu du rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> mars 2011, force est de constater qu'en raison de ses atteintes à la santé, la recourante a effectivement besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Il résulte en effet de ce rapport que la recourante, qui présente des troubles cognitifs modérés à sévères (type démence), s'alcoolise quotidiennement depuis de nombreuses années et que son état de santé n'a cessé de se détériorer. S'agissant de la gestion du quotidien, l'infirmière a relevé que c'est une gouvernante qui assure l'intendance de la maison (courses, préparation des repas, ménage et lessive) et qui aide la recourante à structurer les journées qu'elle passe essentiellement allongée sur le canapé, devant la télévision et dont la seule activité est de promener le chien le matin, jusqu'au parc. S'agissant des courses et de la préparation des repas, l'infirmière a noté qu'en raison des troubles cognitifs, la recourante n'est plus capable de préparer un repas, lequel est entièrement confectionné par la gouvernante. Elle mange très peu et de manière sélective. Le ménage et la lessive sont des tâches entièrement prises en charge par la gouvernante. S'agissant du budget et des tâches administratives, elles sont entièrement gérées par le tuteur, qui l'aide également à gérer son suivi médico-social depuis 2008 car souvent, elle consulte en urgence, puis n'arrive pas à se rendre aux rendez-vous suivants. La gouvernante, présente tous les jours de 8h00 à 16h00 (sauf le mardi et le dimanche), l'accompagne également dans certains de ses déplacements extérieurs, notamment pour se rendre jusqu'à la permanence de Cornavin, car sa capacité à accéder aux lieux publics est fluctuante et dépend de son niveau d'alcoolisation et à plusieurs reprises, des passants ont dû la prendre en charge et l'accompagner chez le médecin. De surcroît, l'infirmière a constaté que la recourante est dans une situation d'isolement et que son état de santé reste précaire malgré les diverses mesures d'encadrement mises en place depuis 2008. Elle vit repliée chez elle, de manière isolée, ayant renoncé à toute activité sociale. Elle

n'entretient plus que quelques contacts avec sa famille des Grisons. Selon l'infirmière, l'accompagnement durable était nécessaire depuis le mois d'avril 2008 en tout cas.

Ainsi, en raison de ses atteintes à la santé, la recourante nécessite non seulement de l'aide pour lui permettre de gérer sa vie quotidienne (structurer sa journée, préparer les repas, effectuer les activités administratives, gérer son suivi médical, faire le ménage, la lessive et les courses), mais également pour se rendre à des rendez-vous à l'extérieur ainsi que pour éviter le risque d'isolement durable. Cette assistance représente, selon l'expérience générale de la vie, un investissement temporel de bien plus de deux heures par semaine, de sorte que le caractère régulier de l'aide nécessaire est également réalisé.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que la recourante a besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie.

S'agissant des actes ordinaires de la vie, l'infirmière a répondu par la négative à la question de savoir si la recourante nécessite une aide pour l'acte « aller aux toilettes » (point 4.1 du rapport d'enquête). Or, il convient de relever que les indications que Mme P\_\_\_\_\_ a fait figurer au point 4.2 de son rapport, constituent des éléments permettant d'admettre que la recourante a besoin d'une aide importante et régulière pour cet acte. L'infirmière a en effet noté que, depuis avril 2008 en tout cas, lorsque la recourante est alcoolisée, elle souffre d'incontinence double et qu'il lui arrive régulièrement d'être dans un tel état qu'elle n'est plus capable de se laver et de changer de vêtements seule. Dans ce cas, la gouvernante lui apporte une aide directe (rapport d'enquête p. 5). L'infirmière a également noté que les troubles psychiques et cognitifs dont souffre la recourante - qui s'alcoolise quotidiennement depuis de nombreuses années au point de ne plus être capable de parler correctement, de ne plus pouvoir se déplacer sans risquer de chuter - sont tels qu'elle n'est plus apte à se prendre en charge (point 1.4 du rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> mars 2011 et rapport du 28 février 2011). Le dossier médical fait par ailleurs ressortir sans équivoque que la recourante présente - hormis des troubles cognitifs modérés à sévères (de type démence) et une alcoolodépendance - une incontinence (avis du SMR des 20 mai et 18 juin 2010). Le tuteur de la recourante a par ailleurs indiqué que celle-ci ne dispose pas des capacités physiques et psychiques pour se rendre compte qu'elle doit se rendre aux toilettes, de sorte qu'elle « s'oublie ». Le Dr I\_\_\_\_\_ a en outre confirmé, dans son rapport du 2 mars 2011, que les informations données par la recourante dans sa demande de prestations et figurant sous l'acte « aller aux toilettes », soit la nécessité d'une aide pour mettre en ordre les habits, pour l'hygiène corporelle et la vérification de la propreté, correspondent à ses propres constatations. Enfin, M. O\_\_\_\_\_ a indiqué que lors de son entretien avec la recourante le 11 octobre 2010, celle-ci présentait une forte odeur d'urine (rapport du 19 octobre 2010).

Partant, les atteintes dont souffre la recourante - une alcoolo-dépendance, les troubles cognitifs modérés à sévère (type démence) et l'incontinence urinaire - l'empêchent d'accomplir l'acte « aller aux toilettes » d'une manière conforme aux mœurs usuelles. En effet, même si on peut considérer que la recourante est capable de se déplacer seule jusqu'aux toilettes, il n'en demeure pas moins que cette capacité ne lui est d'aucune utilité dès lors que son alcoolo-dépendance et l'incontinence urinaire ne lui permettent pas de s'y rendre, étant encore rappelé qu'elle s'alcoolise quotidiennement au point de ne plus être capable de parler correctement et de ne plus pouvoir se déplacer sans risquer de chuter. En outre, à la suite de ses « oublis », la recourante nécessite une aide directe pour se laver et changer de vêtements, fonctions partielles de l'acte « aller aux toilettes ».

Compte tenu de ces éléments, il y a lieu de retenir que la recourante nécessite une aide régulière et importante pour l'acte « aller aux toilettes ».

Par ailleurs, l'intimé a retenu que la recourante a besoin d'une aide pour l'acte « soins du corps », ce qui n'est pas contesté, ni contestable au vu des indications fournies par Mme P\_\_\_\_\_ dans son rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> mars et son complément du 3 mai 2011. Il en résulte effectivement que depuis avril 2008 en tout cas, la recourante doit être stimulée pour effectuer les soins d'hygiène et que c'est la gouvernante qui l'encadre dans cette tâche (rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> mars 2011) ; que même si elle est capable de se laver, elle ne le fait pas aussi régulièrement que l'aurait souhaité son entourage ; que dès 2007, l'aide pour la toilette intervenait lors d'épisodes d'alcoolisation et d'incontinences, et qu'une demande d'aide pour la toilette avait été faite par le Dr I\_\_\_\_\_ en novembre 2010 (rapport complémentaire du 3 mai 2011). Par ailleurs, ce médecin a confirmé, dans son rapport du 2 mars 2011, que les informations données par la recourante dans sa demande de prestations et figurant sous l'acte « soins du corps », à savoir qu'il faut dire à la recourante de se laver, même les mains, sinon elle ne le fait pas, correspondent à ses propres constatations. Qui plus est, M. O\_\_\_\_\_ a constaté lors de son entretien avec la recourante le 11 octobre 2010, que cette dernière présentait des signes de négligence corporelle, avec des ongles sales et un chemisier taché (rapport du 19 octobre 2010).

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il apparaît que la recourante a besoin d'être stimulée pour effectuer les soins d'hygiène et qu'une aide directe est nécessaire lors d'épisodes d'alcoolisation, lesquels sont quotidiens. Ainsi, la recourante a besoin d'une aide importante et régulière pour l'acte « se laver », dès lors que si elle était livrée à elle-même, elle n'accomplirait pas cet acte ou ne le ferait qu'imparfaitement.

L'intimé fait valoir que selon les professionnels de la FSASD, la recourante ne présentait pas de problèmes d'hygiène importants; ils n'avaient ainsi pas constaté une négligence de l'hygiène lorsqu'ils étaient intervenus dès novembre 2010 (Mme

P \_\_\_\_\_, rapport complémentaire du 3 mai 2011). Cela étant, on ne saurait se fonder sur ces seules informations pour écarter la nécessité d'une aide indirecte ou directe pour les soins du corps, dès lors que les interventions de la FSASD ont été sporadiques, la recourante refusant régulièrement d'ouvrir la porte. Quoi qu'il en soit, ces informations sont contredites par les constatations faites par M. O \_\_\_\_\_, lequel a dûment relevé des signes de négligence corporelle le 11 octobre 2010.

L'intimé fait également valoir qu'il ressort des questionnaires que la recourante a remis à M. O \_\_\_\_\_, que cette dernière est indépendante pour les déplacements, l'usage des escaliers, le bain, l'habillement, l'alimentation et les fonctions urinaires. Il convient de relever toutefois que les réponses figurant dans ces questionnaires - que M. O \_\_\_\_\_ n'a pas annexés à son rapport - ne sont pas non plus pertinentes, lorsque l'on sait que la recourante, qui a, selon le psychologue, vraisemblablement répondu aux questions, souffre notamment d'anosognosie. En conséquence, lors des entretiens avec ce spécialiste, elle n'a ni évoqué son alcoolisme, ni sa cirrhose et son unique préoccupation était les séquelles de fractures.

La recourante fait quant à elle valoir qu'elle nécessite une surveillance personnelle permanente. Or, aucune pièce au dossier ne permet de retenir la nécessité d'une telle surveillance. En effet, il n'apparaît nullement que si la recourante était laissée sans surveillance, elle mettrait en danger de façon très probable soit elle-même, soit des tiers.

Enfin, la recourante fait valoir que les rapports établis par l'infirmière se fondent sur une enquête effectuée à son domicile le 22 février 2011, dont le but était alors limité à la question de savoir quels étaient les empêchements qu'elle connaissait dans sa sphère ménagère, de sorte qu'une nouvelle enquête devrait être mise en œuvre par la Cour de céans concernant son impotence.

Cette affirmation est inexacte. En effet, c'est en effectuant sa visite le 22 février 2011 au domicile de la recourante que l'infirmière a constaté que cette dernière présentait une impotence, de sorte qu'une demande d'allocation pour impotent a été déposée le lendemain et qu'un rapport d'enquête relatif à cette impotence a été établi par l'infirmière le 1<sup>er</sup> mars 2011 sur la base des constatations faites le 22 février 2011, rapport qui a été complété le 3 mai 2011. Les indications figurant dans ces rapports, complétées par les informations fournies par le Dr I \_\_\_\_\_ et M. O \_\_\_\_\_, sont suffisantes pour se prononcer sur l'impotence présentée par la recourante. La mise en oeuvre d'une expertise complémentaire, demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles de l'enquêtrice. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion subsidiaire de la recourante doit être rejetée (sur

---

l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Il s'ensuit que la recourante présente un besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie et un besoin d'aide pour les actes « aller aux toilettes » et « les soins du corps ».

6. Il convient encore de se prononcer sur le début du droit à l'allocation pour impotent.

a) En vertu de l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40 al. 1<sup>er</sup> de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS ; RS 831.10), ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI. Une note de bas de page précise qu'il s'agit actuellement de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> let. b LAI. Selon cette dernière disposition, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable. Le Tribunal fédéral a confirmé qu'il faut bien se référer à l'art. 28 al. 1 let. b LAI depuis l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI, et non à l'art. 29 al. 1 LAI (ATF 137 V 351 consid. 4 et 5).

Enfin, l'art. 35 al. 1 RAI prévoit que le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées.

b) L'intimé a retenu que la nécessité d'un accompagnement durable existe depuis avril 2008 et l'incapacité pour les soins du corps dès novembre 2010. La recourante allègue que son impotence remonte à avril 2006, date de la découverte de la cirrhose hépatique.

Il résulte clairement du rapport du Dr I\_\_\_\_\_, seul médecin à avoir répondu spécifiquement aux questions portant sur le début de l'impotence de la recourante, que l'aide pour effectuer les actes ordinaires de la vie est devenue nécessaire depuis 2008 (rapport du 2 mars 2011). Ceci concorde au demeurant avec les indications fournies par Mme P\_\_\_\_\_, selon qui, depuis avril 2008 en tout cas, la recourante doit être stimulée pour effectuer les soins d'hygiène et vu son incontinence double, il lui arrive régulièrement d'être dans un tel état qu'elle n'est plus capable de se laver et de changer de vêtement seule (rapport du 1<sup>er</sup> mars 2011). Par ailleurs, dans ce rapport, l'infirmière a également retenu que la nécessité d'un accompagnement durable existe depuis avril 2008.

La recourante fait valoir qu'elle présente des atteintes à la santé depuis en tout cas 1994 (rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 4 mars 2009) et que son état s'est détérioré à

la suite du décès de sa mère en juillet 2006. Les pièces versées au dossier ne permettent cependant pas de retenir que ces atteintes, et notamment la cirrhose diagnostiquée en avril 2006, la rendaient inapte à accomplir des actes ordinaires de la vie quotidienne avant avril 2008. Enfin, ni la demande de mise sous tutelle effectuée en janvier 2007, ni l'aide pour le ménage sollicitée en 2007, ne sont déterminantes pour établir le début de l'impotence.

Par ailleurs, l'intimé est d'avis que l'aide pour les deux actes « soins du corps » et « aller aux toilettes » n'était pas nécessaire en novembre 2010, faisant remarquer que le rapport du Dr O \_\_\_\_\_ du 19 octobre 2010 attesterait que la recourante était indépendante pour tous les actes de la vie et que les collaborateurs de la FSASD n'avaient pas constaté de négligence de l'hygiène dès novembre 2010.

Comme cela a déjà été relevé, on ne saurait se fonder sur les réponses figurant dans les questionnaires remis par la recourante à M. O \_\_\_\_\_ pour retenir que cette dernière - qui souffre notamment d'anosognosie - était encore autonome en novembre 2010. Par ailleurs, et comme cela a aussi déjà été relevé, les constats faits par les collaborateurs de la FSASD, quant à l'hygiène de la recourante, sont contredits par ceux de M. O \_\_\_\_\_ qui a noté des signes de négligence corporelle le 11 octobre 2010. Par ailleurs, si le Dr I \_\_\_\_\_ a effectivement fait une demande auprès de la FSASD pour une aide à la toilette en novembre 2010 (selon la note de travail établie le 3 mai 2011 par Mme P \_\_\_\_\_), ce seul fait ne permet cependant pas de retenir que l'incapacité pour effectuer cet acte a débuté à ce moment-là seulement, et ce d'autant plus que le rapport du Dr I \_\_\_\_\_ du 2 mars 2011 fait état d'une aide nécessaire pour les actes ordinaires de la vie depuis 2008.

Compte tenu de ce qui précède, conformément au rapport du Dr I \_\_\_\_\_ du 2 mars 2011 et aux indications fournies par l'infirmière à la suite de son enquête à domicile le 22 février 2011, il y a lieu de retenir que c'est à compter du mois d'avril 2008 que la recourante a présenté la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie ainsi qu'une aide régulière et importante pour les actes « soins du corps » et « aller aux toilettes ».

En tenant compte du délai d'attente d'une année, conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, il en découle que le droit à une allocation pour impotent de degré moyen s'est ouvert au plus tôt au mois d'avril 2009.

7. Enfin, étant donné que la recourante a déposé sa demande le 23 février 2011, se pose la question de savoir si la recourante a tout de même droit au versement rétroactif de l'allocation pour impotent dès le 1<sup>er</sup> avril 2009.

S'agissant de la question du versement rétroactif de l'allocation pour impotent, l'art. 48 al. 2 aLAI prévoyait que si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1

LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

Avec l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI, l'art. 48 aLAI a été abrogé. Il s'ensuit que pour toutes les prestations pour lesquelles le début du droit n'est pas spécialement réglé dans la LAI - soit l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires - c'est l'art. 24 al. 1 LPGA qui s'applique (cf. Message du Conseil fédéral du 24 février 2010 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 6<sup>ème</sup> révision, premier volet, FF 2010 1702).

L'art. 24 al. 1 LPGA prévoit que le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

En l'occurrence, la demande d'allocation pour impotent ayant été déposée le 23 février 2011, la recourante a droit au versement rétroactif de l'allocation pour impotent dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, conformément à l'art. 24 al. 1 LPGA.

Nul n'est dès lors besoin d'examiner l'impossibilité pour l'assurée et son tuteur de déposer une demande d'allocation pour impotent avant le 23 février 2011.

Il s'ensuit que le début du droit à l'allocation pour impotent tel que retenu par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique.

8. Par conséquent, le recours interjeté contre la décision 17 mai 2011 sera partiellement admis, en ce sens que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré moyen à domicile dès le 1<sup>er</sup> avril 2009.
9. Reste litigieuse la question des dépens, l'intimé ayant fait valoir dans son recours du 24 mai 2012 interjeté auprès du Tribunal fédéral, que la recourante n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'elle est représentée par son tuteur, qui n'a pas agi en tant qu'avocat.
10. Selon l'art. 61 let. g LPGA, la procédure devant le juge des assurances sociales est réglée par le droit cantonal, étant précisé que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal et que leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. L'art. 89H al. 3 de la loi cantonale du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10), applicable à la procédure devant la Cour, confirme qu'une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause.

---

D'après la jurisprudence, l'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4 a; 110 V 365 consid. 3 c). En règle ordinaire, les honoraires d'avocat sont fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, page 848). Selon l'art. 6 du règlement sur les frais de procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA-RS/GE E 5 10.03), la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de 200 fr. à 10'000 fr., étant précisé que les démarches que le mandataire a entreprises avant l'ouverture de la procédure n'entrent pas en ligne de compte pour déterminer le montant des honoraires (ATF 114 V 87 consid. 4; ATFA non publié du 23 janvier 2006, I 699/04, consid. 2). Pour apprécier l'importance du travail et du temps consacré à la cause, il faut tenir compte du fait que le procès en matière d'assurance sociale est gouverné par la maxime inquisitoire, ce qui, dans de nombreux cas, est de nature à faciliter la tâche du mandataire (ATF 111 V 49 consid. 4a; 110 V 365 consid. 3c). Enfin, l'avocat désigné comme curateur ou tuteur qui mène avec succès le procès de son pupille peut prétendre à des dépens s'il obtient gain de cause (ATF 124 V 345 consid. 4).

En l'occurrence, le tuteur de la recourante a, à l'évidence, agi dans la présente cause en tant que conseil de cette dernière. Il a d'ailleurs expressément été autorisé par le Tribunal tutélaire à agir en justice. Il peut donc prétendre à des dépens.

11. Etant donné que la recourante a succombé dans le cadre du recours interjeté le 26 août 2011 (ATAS/522/2012), qu'elle obtient partiellement gain de cause dans le cadre du présent recours, qui a consisté en la rédaction de quatre écritures, dont une de 23 pages, et compte tenu de la difficulté du litige, l'intimé lui versera une indemnité à titre de dépens de 1'500 fr.
12. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), chaque partie supportera l'émolument de justice de 500 fr., chacune succombant dans une procédure.

\* \* \*

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

**Statuant**

**Au fond :**

1. Admet partiellement le recours du 17 juin 2011.
2. Annule la décision du 17 mai 2011 en tant qu'elle octroie une allocation pour impotent de faible degré à domicile dès le 1<sup>er</sup> avril 2009.
3. Dit que la recourante a droit à une allocation pour impotente de degré moyen à domicile dès le 1<sup>er</sup> avril 2009.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de la recourante.
7. 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

Brigitte BABEL

La Présidente

Florence KRAUSKOPF

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