RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2617/2022 **ATAS/170/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mars 2023

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BERNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Michel DUC	recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré), né le _____ 1968, travaillait en qualité de manutentionnaire auprès d'une grande enseigne de distribution lorsque le 2 mars 2004, alors qu'il circulait au guidon de son scooter, il a été victime d'une collision routière. Son assureur-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA), a versé des indemnités journalières jusqu'au 15 octobre 2004 et pris en charge le traitement médical jusqu'au 13 novembre 2005. L'assuré a été licencié avec effet au 30 novembre 2004.

b. Le 30 mars 2005, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI), en raison de séquelles de contusions multiples, d'une lombalgie, d'un syndrome post-commotionnel et d'un état de stress post-traumatique.

c. Après avoir recueilli les rapports médicaux, par décision du 3 avril 2007, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations, en considérant qu'il était entièrement apte à reprendre son activité habituelle.

d. Saisi d'un recours, par arrêt du 12 mars 2008 (ATAS/293/2008), le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, l'a rejeté.

B. **a.** Le 12 janvier 2010, l'assuré a transmis à l'OAI une nouvelle demande de prestations, motivée par une incapacité de travail totale depuis mars 2004, sur laquelle l'administration n'est pas entrée en matière par décision du 30 août 2010, en l'absence d'élément médical nouveau.

b. L'assuré a déféré cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: chambre de céans), qui, par arrêt du 6 avril 2011 (ATAS/361/2011), a rejeté le recours.

C. **a.** Le 12 décembre 2011, l'OAI a réceptionné une troisième demande de prestations, dans laquelle l'assuré invoquait une aggravation de son état de santé.

b. Suivant les recommandations de son service médical régional (ci-après: SMR; avis du 7 septembre 2012), l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qui a été attribuée au Centre d'Expertise Médicale. Dans un rapport du 19 avril 2013, les docteurs B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, ont retenu, sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré, une lombalgie commune sur modification dégénérative modérée du rachis, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une dysthymie (F34.1).

c. Par avis du 19 août 2013, le SMR a fait siennes les conclusions de cette expertise.

d. Le 14 octobre 2013, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations.

e. Par arrêt du 9 juillet 2014 (ATAS/860/2014), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre cette décision.

D. **a.** Le 27 septembre 2016, l'assuré a présenté une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI.

b. Dans ce cadre, l'OAI a reçu:

- un rapport du 29 novembre 2016 du docteur E_____, médecin praticien, qui invitait en substance à se référer au rapport joint de la Clinique Genevoise de Montana du 4 août 2016, relatif à un séjour de l'assuré du 20 juin au 4 juillet 2016, et retenant, à titre de diagnostic principal, un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère sans symptôme psychotique;

- un rapport du 13 mars 2017 du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre traitant, posant les diagnostics de trouble de l'humeur récurrent épisode actuel moyen, et de syndrome douloureux persistant, existants depuis 2013, et un rapport annexé du même jour dudit médecin, mentionnant un besoin d'aide pour l'assuré de deux à trois heures au quotidien, dispensée par la famille (épouse, enfants), pour les achats, les loisirs, les visites médicales, les contacts avec les administrations, les tâches domestiques, la gestion de la médication et l'hygiène corporelle.

c. Par décision du 1er juin 2017, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent, en considérant que l'atteinte à la santé de l'assuré, due à l'accident, n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité, et que, en conséquence, cette prestation devrait être évaluée par l'assurance-accidents.

E. **a.** Le 19 septembre 2017, l'assuré a introduit une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

b. Dans une note du 11 décembre 2017, l'OAI, en se basant sur le rapport précité de la Clinique Genevoise de Montana, a indiqué qu'il convenait d'instruire le dossier, dans la mesure où l'intensité du trouble dépressif avait varié.

c. Dans un rapport du 28 mars 2018, le Dr F_____ a posé le diagnostic, avec incidence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent de degré moyen à sévère. Les limitations fonctionnelles étaient: une grande fatigue, un manque de concentration et d'attention, une anxiété et des angoisses. L'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 11 mars 2013.

d. Dans un rapport du même jour, auquel était annexé son rapport du 19 mai 2016, le Dr E_____ a retenu les diagnostics d'état dépressif très important avec une asthénie et la non-réponse à la thérapie psychique, une lombosciatalgie bilatérale non déficitaire, un syndrome douloureux chronique, et un syndrome d'insomnie obstructive légère appareillé par CPAP depuis 2011. La capacité de travail de l'assuré était, selon lui, nulle dans toute activité.

e. Dans un rapport reçu par l'OAI le 14 mai 2018, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de dorso-lombalgies chroniques avec sacro-iléite droite sur troubles dégénératifs, de capsulite rétractile de l'épaule droite avec tendinopathie du sus-épineux et arthropathie de l'acromio-claviculaire, et de conflit antéro-supérieur de l'épaule gauche avec tendinopathie du sus-épineux et bursite sous-acromiale, et ceux, sans effet sur la capacité de travail, de syndrome somatoforme douloureux persistant, de syndrome d'hypopnées obstructives de sommeil de degré léger traité par CPAP, de dyslipidémie et d'obésité. L'assuré devait éviter le port de charges et les positions statiques prolongées. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle (sans que le médecin ne se détermine sur l'activité adaptée).

f. Par avis du 26 juin 2018, le SMR a préconisé une expertise pluridisciplinaire.

g. Celle-ci a été confiée à la Policlinique Médicale Universitaire, aux docteurs H_____, spécialiste en médecine interne générale, I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et à Madame K_____, neuropsychologue FSP.

Dans un rapport d'expertise consensuelle du 23 avril 2019, les experts ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), associé à des attaques de panique (F41.0) avec diminution modérée des aptitudes attentionnelles et discrets signes de fléchissement exécutif, et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) avec syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur (d'étiologie indéterminée). Les limitations fonctionnelles psychiques étaient: forte diminution de la capacité à tenir compte de règles et de routines imposées, difficultés à planifier et structurer des tâches, flexibilité et capacités adaptatives faibles, accès limité aux connaissances spécifiques, diminution de la capacité de jugement et de prise de décision, diminution de l'endurance, diminution de la capacité d'affirmation, diminution du sens du contact envers des tiers, forte diminution des activités spontanées. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité depuis mai 2016, date à laquelle le diagnostic de trouble dépressif sévère a été retenu.

En annexe figuraient les rapports d'expertise de toutes les disciplines.

h. Par avis du 30 avril 2019, le SMR a repris les conclusions de cette expertise.

i. Par décision du 15 août 2019, l'OAI, lui ayant reconnu le statut de personne active à plein temps, et confirmant les termes de son projet de décision du 21 mai 2019, a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière, fondée sur un taux d'invalidité de 100%, à compter du 1er mai 2017.

F. **a.** Le 30 novembre 2020, l'assuré a adressé à l'OAI une nouvelle demande d'allocation pour impotent. Il a joint le rapport du 12 octobre 2020 du Dr G_____, dans lequel ce dernier déclarait que son patient, en raison de son état

de santé, avait besoin d'aide pour le ménage, la lessive, les courses, la toilette (notamment la douche), la préparation des médicaments, et l'installation des appareils médicaux (CPAP).

b. Dans un projet de décision du 10 mars 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible une modification de sa situation depuis la décision de rejet de cette prestation le 1er juin 2017.

c. Le 11 avril 2022, l'assuré a contesté ce projet de décision.

d. Par décision du 26 juillet 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision, en exposant que selon le rapport d'expertise du 23 avril 2019, les atteintes à la santé dont souffrait l'assuré et qui l'empêcheraient d'accomplir les actes ordinaires de la vie et nécessiteraient un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie avaient un lien de causalité direct avec l'accident du 2 mars 2004.

G. **a.** Par acte du 19 août 2022, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre de céans, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible au moins dès le 1er septembre 2016, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b. Dans sa réponse du 13 septembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par réplique du 3 octobre et duplique du 11 octobre 2022, les parties ont maintenu leur position.

d. Dans ses observations du 24 octobre 2022, le recourant a encore une fois persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 19 août 2022) a été interjeté

postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotent du 30 novembre 2020.

6. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

6.1 La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères (ATAS/81/2023 du 6 février 2023 consid. 4.1).

6.2 L'exigence de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 109 V 262 consid. 3) doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

6.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73a RAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (arrêt du Tribunal fédéral 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_596/2019 du 15 janvier 2020 consid. 3.2).

6.4 Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; 109 V 262 consid. 4a).

Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, après avoir dûment laissé à l'assuré un délai pour compléter sa demande. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non l'entrée en matière sur la nouvelle demande, sans prendre en considération les documents médicaux déposés ultérieurement à la décision administrative,

notamment au cours de la procédure cantonale de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1).

7. Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

7.1 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 (art. 42 al. 3 1ère phrase LAI).

7.2 L'impotence devant résulter d'une atteinte à la santé, mais pas nécessairement d'une invalidité, une allocation pour impotent peut être servie à un assuré qui ne perçoit pas de rente d'invalidité, faute notamment de présenter le degré d'invalidité requis pour l'octroi d'une rente d'invalidité, pourvu que l'atteinte à la santé entraîne les conséquences prévues par la loi – impossibilité d'accomplir les actes ordinaires de la vie, besoins en soins et d'accompagnement (Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 1 et 6 ad art. 42 LAI). Toutefois, si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente selon l'art. 42 al. 3 1ère phrase LAI, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 42 al. 3 2ème phrase LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 – sous l'empire du nouveau droit, en vigueur depuis le 1er janvier 2022 [développement continu de l'AI; RO 2021 705], le terme « quart de rente » à l'art. 42 al. 3 2ème phrase LAI a été supprimé (au profit de la mention « droit à une rente ») consécutive à l'introduction du système de rentes linéaire, qui a motivé une adaptation rédactionnelle de la deuxième phrase de l'alinéa 3; Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 15 février 2017, FF 2017 2363, p. 2494).

7.3 Aussi bien l'assurance-militaire (art. 20 de la loi fédérale sur l'assurance-militaire du 19 juin 1992 [LAM - RS 833.1]) et l'assurance-accidents (art. 26 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 [LAA - RS 832.20]) que l'assurance-vieillesse et survivants (art. 43bis de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS - RS 831.10]) et l'assurance-invalidité (art. 42 LAI) prévoient pour les assurés qui en remplissent les conditions le droit à une allocation pour impotent. D'après l'art. 66 al. 3 LPGA, l'octroi des allocations pour impotent de l'assurance militaire ou de l'assurance-accidents ont la priorité sur l'octroi des allocations pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité. L'art. 42 al. 6 LAI permet néanmoins au Conseil fédéral de régler la prise en charge par l'assurance-invalidité d'une contribution proportionnelle lorsque l'impotence n'est que partiellement imputable à un accident. Faisant usage de cette délégation, le Conseil fédéral a édicté l'art. 39k RAI. Selon cette disposition, lorsque le bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité peut prétendre

par la suite à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents, la caisse de compensation doit verser l'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité à l'assureur-accidents tenu de verser les prestations, car, dans ce cas de figure précis, l'assurance-invalidité aurait dû poursuivre le versement de l'allocation pour impotent s'il n'y avait pas eu d'accident (al. 1). Lorsque le bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'assurance-accidents voit le montant de cette prestation être augmenté pour une cause étrangère à un accident, la caisse de compensation doit verser à l'assureur-accidents tenu de verser les prestations le montant de l'allocation pour impotent que l'assurance-invalidité aurait dû allouer à l'assuré s'il n'avait pas été victime d'un accident (al. 2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_281/2014 du 1er juillet 2014 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence, il n'y a aucune place pour l'octroi d'une allocation d'impotence de l'assurance-invalidité lorsque l'impotence est exclusivement due à un accident (arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2016 du 19 mai 2017 consid. 5).

8.

8.1 En l'espèce, l'intimé est d'avis que l'examen du droit à une allocation d'impotence incombe à l'assurance-accidents, car les atteintes à la santé du recourant sont exclusivement imputables à l'accident survenu en 2004. L'autorité estime par ailleurs que le recourant n'a pas rendu plausible une modification des faits déterminants, motif pris que, dans la nouvelle demande du 30 novembre 2020, il a allégué avoir besoin d'aide pour les mêmes actes ordinaires de la vie que ceux signalés lors de la précédente demande de 2016 (excepté pour l'acte manger). Elle ajoute que la reconnaissance du droit à une rente d'invalidité dès mai 2017 n'est pas décisive, puisque l'impotence et l'invalidité sont deux notions distinctes.

8.2 Il ressort du dossier que, à la suite de son accident de la voie publique survenu en 2004, le recourant souffre de douleurs qui ne sont pas objectivables du point de vue organique, ainsi que d'un trouble dépressif, d'intensité sévère depuis 2016 (dossier intimé p. 832 et 843).

Ceci étant rappelé, l'intimé méconnaît que, par décision du 1er novembre 2005, (dossier intimé p. 644), entrée en force, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 13 novembre 2005, en considérant que les troubles dont se plaignait encore le recourant, sans substrat organique, n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré. Or, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Aussi la SUVA n'examinera-t-elle pas les conditions d'octroi de la prestation en cause (l'allocation pour impotent; art. 26 al. 1 LAA), puisque l'accident ne constitue pas la cause (naturelle et) adéquate des plaintes persistantes. Dans ce cas de figure, lorsque les conditions de prise en charge par l'assurance-accidents ne sont pas remplies, il appartient alors à

l'AVS ou à l'AI d'intervenir (art. 66 al. 3 LPGA), soit, en l'occurrence, à l'intimé (le recourant, né le 31 mars 1968, ne bénéficiant pas encore d'une rente de vieillesse [art. 21 al. 1 let. a LAVS; art. 43bis al. 1 LAVS]). Du reste, à l'appui de sa demande d'allocation pour impotent du 30 novembre 2020, le recourant a produit un rapport du 12 octobre 2020 du Dr G_____ dans lequel ce médecin fait état d'un besoin d'aide, en raison de la situation médicale de son patient, notamment pour le ménage, la lessive, et les courses. Selon la jurisprudence, le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en raison d'une atteinte à la santé s'étend aux travaux ménagers (cuisine, courses, lessive et ménage) dans la mesure où ceux-ci ne font pas partie des actes ordinaires et l'aide directe nécessaire à effectuer ces tâches peut également être prise en compte (ATF 133 V 450 consid. 6.2 et 10). Ceci étant, le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'est pas une composante de l'impotence dans l'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_994/2010 du 20 juin 2011 consid. 6.3). En d'autres termes, l'assurance-accidents ne tient pas compte de l'assistance prodiguée par les proches d'un assuré dans les tâches ménagères.

8.2.1 Par conséquent, il appartient à l'intimé d'examiner le droit éventuel du recourant à une allocation pour impotent.

8.2.2 À cet égard, l'intimé se méprend lorsqu'il argue que le recourant n'a pas rendu plausible une modification des faits déterminants depuis la décision du 1er juin 2017 lui refusant le droit à une allocation pour impotent. En effet, même si le recourant allègue avoir besoin d'aide pour les mêmes actes ordinaires de la vie que ceux signalés lors de la précédente demande de 2016, est seule déterminante dans le cadre de l'évaluation de l'impotence la question de savoir si, depuis lors, en raison de ses limitations fonctionnelles, le recourant est empêché ou non d'accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 42 al. 1 LAI; art. 9 LPGA), et s'il nécessite l'accompagnement d'une tierce personne pour faire face aux nécessités de la vie, étant relevé que le recourant perçoit depuis le 1er mai 2017 une rente d'invalidité (décision du 15 août 2019, dossier intimé p. 868, 874), motivée par ses troubles psychiques (rapport d'expertise consensuelle du 23 avril 2019, dossier intimé p. 805; avis du SMR du 30 avril 2019, p. 852-853; cf. art. 42 al. 3 1ère phrase LAI; art. 38 al. 1 RAI).

Quand bien même un assuré peut être invalide sans être impotent, et vice versa, il n'en demeure pas moins que, dans le rapport d'expertise précité, il a été mis en évidence que les limitations fonctionnelles psychiques du recourant (entres autres, difficultés à planifier et à structurer des tâches, diminution de l'endurance, forte diminution des activités spontanées) impactent uniformément tous les domaines de la vie (p. 805). Dans son rapport du 12 octobre 2020, le Dr G_____ a indiqué que le recourant a besoin d'aide également pour la douche, la préparation des médicaments, et l'installation des appareils médicaux. Vu ces éléments, la réalisation d'une enquête à domicile (arrêt du Tribunal fédéral 9C_138/2022 du

3 août 2022 consid. 3.2 et 3.3) permettra de déterminer si le recourant est impotent ou pas.

8.3 Au vu de ces indices, l'intimé aurait dû entrer en matière sur la demande d'allocation pour impotent du 30 novembre 2020 et instruire le dossier.

9. Par conséquent, le recours sera admis, la décision du 26 juillet 2022 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur cette demande.

10. Le recourant, représenté, obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée à CHF 1'500.-.

11. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, fixé à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 26 juillet 2022.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande d'allocation pour impotent du 30 novembre 2020.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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 suppléante
Nathalie LOCHER	Maya CRAMER

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