RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3317/2022 **ATAS/221/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mars 2023

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER — recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1965, de nationalité turque, sans formation particulière, a exploité une boucherie de 1991 à 2004, à l'enseigne « B_____ Sàrl » à Genève.

b. Le 3 février 2004, l'assuré, alors qu'il portait un agneau de boucherie, a glissé et chuté sur le dos. Il a souffert de lombalgies post-traumatiques, prises en charge par WINTERTHUR ASSURANCES, assureur-accidents. En raison de la persistance de la symptomatologie douloureuse, un Cat-scan lombaire a été réalisé le 4 mars 2004, qui a mis en évidence une protrusion discale L4-L5 et une petite hernie discale L5-S1 paramédiane gauche.

c. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 25 juin 2004, visant à l'octroi d'une rente.

B. **a.** L'instruction médicale de l'OAI s'est déroulée pendant plusieurs années. Une rente lui a été accordée dans un premier temps, avant que l'OAI ne la supprime par décision du 1er février 2013, au motif que l'état de santé s'était amélioré de manière significative depuis la décision initiale.

b. Sur recours de l'assuré, la quatrième chambre de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a déclaré le recours recevable et annulé la décision de l'OAI du 1er février 2013, par arrêt du 6 novembre 2013 (ATAS/1083/2013).

c. Sur recours de l'OAI, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 24 février 2014, annulé l'arrêt de la chambre de céans du 6 novembre 2013 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

d. L'OAI a repris l'instruction de la cause et a ordonné une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique qui a abouti au diagnostic de lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec minime hernie discale L5-S1 et trouble schizoïde affectif, de type dépressif, d'intensité moyenne. Sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 24 mai 2015 a été admise. Sur le plan rhumatologique, dans l'activité habituelle de boucher indépendant, la capacité de travail a été estimée à 50% avec une capacité de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et ce depuis le mois de mars 2015.

e. En se fondant sur les résultats de cette expertise, l'OAI a décidé de maintenir l'assuré dans son droit à la rente d'invalidité, par décision du 24 avril 2017, qui n'a pas été contestée.

C. **a.** L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations invalidité, soit une demande d'allocations pour impotent, qui a été reçue par l'OAI en date du 8 septembre 2021. Il a exposé que ses troubles de la santé, soit la lombo-sciatalgie droite sur hernie discale L5 – S1 ainsi que le trouble anxio-dépressif,

nécessitaient un besoin de surveillance personnel en raison du fait qu'il ne pouvait pas rester seul durant la journée, même pour une à deux heures, ainsi qu'un accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie, plus précisément une aide pour le ménage, pour faire les courses et pour le travail administratif. Il demandait également des prestations d'aide nécessaires pour lui permettre de vivre de manière indépendante et la présence d'un tiers, pour éviter l'isolement, depuis 2004.

b. Sur demande de l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a complété un questionnaire médical daté du 13 octobre 2021, dans lequel elle a posé le diagnostic de trouble schizo-affectif de type dépressif et de lombo-sciatalgie droite sur hernie discale L5 – S1, en précisant que l'état psychique et physique de l'assuré ne lui permettait pas d'effectuer les tâches de la vie quotidienne, sans l'aide de son épouse.

c. Sollicité par l'OAI, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a complété un questionnaire médical, en date du 5 novembre 2021, en expliquant quels étaient les besoins de l'assuré. Il a notamment exposé que l'entourage devait lui apporter de l'aide dans la vie courante, sous forme d'une aide totale et complète, dès le réveil matinal car l'assuré pouvait s'habiller, mais il lui fallait de l'aide pour mettre ses chaussettes. Il sortait ensuite de chez lui, se promenait, rentrait chez lui, lisait et regardait la TV. Il ne préparait aucun repas, ne desservait jamais la table, ne faisait pas la lessive. Il confirmait ne jamais aider sa femme, mais prendre « presque seul sa douche ». À la question de savoir si, en l'absence de prestations d'aide de tiers, l'assuré aurait besoin d'être placé dans une institution spécialisée ou un home, le médecin traitant a répondu que l'épouse subvenait seule aux besoins de l'assuré, qui ne recevait aucune aide pratique et ponctuelle, ni continue, en dehors de celle de sa femme. À l'évidence, selon le médecin, sans son épouse, l'assuré devrait être placé en institution. À la question de savoir si l'assuré pouvait structurer une journée seul, faire face aux situations quotidiennes, telles que les achats, les loisirs, les visites médicales, les contacts avec les administrations etc., le médecin a répondu qu'il n'en était absolument pas capable. S'agissant du besoin d'accompagnement en heures, le médecin a considéré que les activités vitales usuelles, telles que se vêtir, préparer les repas, mettre la table et les couverts, débarrasser, faire la lessive, faire le ménage, se dévêtir et, en grande partie faire sa toilette, étaient des activités demandant un accompagnement. À la question de la date à partir de laquelle ces mesures étaient nécessaires, le Dr D_____ a précisé que l'accompagnement était nécessaire depuis longtemps, mais que la situation s'était particulièrement aggravée depuis 2019.

d. Dans un complément du 29 novembre 2021, la Dresse C_____ a confirmé à l'OAI que l'état psychique et physique du patient ne lui permettait pas de réaliser les activités de la vie quotidienne telles que la vaisselle, la lessive, la cuisine, le ménage, le repassage, les commissions etc., lesquelles étaient effectuées par son

épouse. S'agissant des tâches administratives, elles étaient complétées par les enfants de l'assuré. Dès lors que l'épouse et les deux fils assumaient tous les besoins du patient, il n'était pas nécessaire de le placer dans un home. Le médecin précisait que le patient pouvait se déplacer seul à ses visites médicales mais, qu'en revanche, il avait besoin de l'aide de son épouse et de ses deux fils pour le reste. Son besoin d'aide et d'accompagnement en heures était estimé, par le médecin, à environ huit heures par jour et ceci depuis le mois de septembre 2019. La psychiatre traitante ajoutait qu'il était nécessaire, selon elle, que l'épouse de l'assuré puisse être rémunérée comme proche aidante, pour que celle-ci assure toutes les tâches de la vie quotidienne que le patient ne pouvait pas réaliser par lui-même.

e. Un mandat d'enquête d'impotence a été délivré par l'OAI et une infirmière évaluatrice s'est rendue au domicile de l'assuré, en date du 13 avril 2022. Dans son rapport du 19 avril 2022, elle a conclu que, suite à l'enquête au domicile, elle avait constaté qu'aucune aide régulière et importante pour les actes ordinaires de la vie ne pouvait être admise et que l'état de santé de l'assuré ne nécessitait pas de surveillance personnelle permanente. De plus, elle ne pouvait pas reconnaître la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie et concluait que les conditions pour une allocation pour impotence n'étaient pas remplies.

D. **a.** Par projet de décision du 26 avril 2022, l'OAI a rejeté la demande en exposant, notamment, les résultats de l'enquête faite à domicile, en date du 13 avril 2022, dont il ressortait que l'assuré n'avait pas besoin de l'aide régulière et importante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie soit : se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'assoir et se coucher ; manger ; faire sa toilette ; aller aux toilettes ; se déplacer et entretenir des contacts avec autrui.

b. Par courrier de son mandataire, daté du 6 mai 2022, l'assuré a demandé une copie du dossier et notamment du rapport d'enquête ménagère. Par courrier du 25 mai 2022, il a contesté toute autonomie et indépendance dans les gestes et actes ordinaires de la vie en rappelant les raisons pour lesquelles il avait besoin d'une aide quotidienne et toutes les activités qui étaient réalisées par son épouse. De plus, en raison de la sévérité de son trouble psychique, l'assuré exposait qu'il avait besoin d'être entouré et encadré, sans quoi il présentait rapidement des épisodes d'angoisse et des attaques de panique, en particulier s'il était laissé seul dans ses déplacements à l'extérieur et lorsqu'il devait utiliser des transports publics. La conclusion était qu'il était nécessaire de lui octroyer une allocation pour impotent, autant dans son principe que dans sa quotité et qui ne saurait être inférieure à 50%. Il demandait encore la communication de son dossier médical et du rapport d'enquête ménagère.

c. Par courrier du 31 mai 2022, l'OAI a accordé à l'assuré un délai supplémentaire de quinze jours pour compléter son opposition, ce que ce dernier a fait par courrier de son mandataire du 13 juin 2022. L'assuré a complété son opposition, notamment

en citant le rapport médical du Dr D_____, ainsi que celui de la Dresse C_____, et a conclu à l'octroi d'une allocation pour impotent pleine et entière.

d. Par décision du 7 septembre 2022, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent en reprenant, en substance, les éléments déjà exposés dans le projet de décision et en précisant qu'après examen des objections soulevées par l'assuré et après consultation de l'infirmière évaluatrice, qui avait réalisé l'enquête du 13 avril 2022, l'OAI estimait que le besoin d'aide régulière importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie et d'accompagnement, pour faire face aux nécessités de la vie, n'avait pas été rendu plausible.

E. **a.** Par acte de son mandataire posté en date du 10 octobre 2022, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 7 septembre 2022 auprès de la chambre de céans. Il a conclu à l'annulation de la décision et à ce qu'il soit dit et constaté que le recourant devait être mis au bénéfice d'une allocation pour impotent, pleine et entière, avec effet au jour du dépôt de la demande. Le recourant exposait, en substance, les arguments déjà invoqués au stade de l'opposition et citait de larges extraits des rapports médicaux des Drs D_____ et C_____.

b. Dans sa réponse du 11 novembre 2022, l'OAI a répété les arguments déjà développés dans la décision querellée tout en citant de larges extraits du rapport de l'enquêtrice spécialisée. Par ailleurs, l'OAI a joint un avis médical de son service médical régional (ci-après : le SMR), daté du 11 novembre 2022, dans lequel ce dernier estimait que les attestations du Dr D_____ n'apportaient aucun élément médical objectif nouveau, dès lors que les diagnostics de l'assuré étaient déjà connus et avaient été pris en compte lors de l'évaluation de l'impotence par l'enquêtrice ménagère. S'agissant de l'appréciation de la Dresse C_____, datée du 31 octobre 2022 et communiquée en date du 1er novembre 2022, soit postérieurement à la décision querellée, le SMR estimait également que le rapport de la psychiatre traitante n'amenait pas de nouvel élément médical objectif, car le diagnostic de l'assuré était connu et l'enquête ménagère avait tenu compte des limitations fonctionnelles psychiatriques et avait décrit, avec précision, les empêchements ménagers de l'assuré. En résumé, les attestations médicales ne permettaient pas de modifier les conclusions de l'enquête pour impotence qui avait été effectuée et l'OAI concluait au rejet du recours.

c. Par réplique du 9 décembre 2022, l'assuré a insisté sur l'aggravation de son état de santé, avec un besoin d'encadrements permanent depuis 2019 déjà, comme cela ressortait des rapports médicaux des médecins traitants D_____ et C_____ et a persisté dans ses conclusions.

d. Par duplique du 16 janvier 2023, l'OAI a également persisté dans ses conclusions, tout en joignant un avis médical du SMR, daté du 16 janvier 2023 qui se prononçait sur une nouvelle pièce communiquée par l'assuré, à savoir une appréciation médicale du docteur E_____, généraliste et médecin de famille, qui

déclarait qu'après avoir vu le rapport de la Dresse C_____, il était entièrement d'accord avec son appréciation et n'avait rien à ajouter.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt

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

4. Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, les faits juridiquement déterminants sont antérieurs au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées ci-après dans leur ancienne teneur.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 7 septembre 2022 refusant une allocation pour impotent à l'assuré.

7. Selon l'art. 42 al. 1 1ère phr. LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent.

7.1 Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA). Ces actes sont ceux que la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA désignait par « actes ordinaires de la vie » (Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 10 ad art. 42 LAI).

L'art. 9 LPGA n'a pas conduit à un changement de la jurisprudence relative à l'évaluation de l'impotence développée à propos de l'ancien art. 42 al. 2 LAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H.66/04 du 9 août 2004 consid. 2.1 et 2.2 et la référence).

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 phr. 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 (VALTERIO, op cit., 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 phr. LAI, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 42 al. 3 2ème phr. LAI).

8.

8.1 La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

Le degré d'impotence se détermine en fonction du nombre d'actes (associés éventuellement à une surveillance personnelle permanente ou à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie) pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire (cf. art. 37 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). L'évaluation du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie constitue donc une appréciation fonctionnelle ou qualitative de la situation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.2 et la référence).

8.2 L'art. 37 al. 1 RAI prescrit 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.

Le terme « entièrement » impotent se rapporte uniquement aux six actes ordinaires de la vie pris en considération. Est donc entièrement impotent au sens de l'art. 37 al. 1 RAI, l'assuré qui a besoin d'aide pour effectuer ces actes sans toutefois être entièrement dépendant d'autrui pour autant ; il suffit qu'il le soit dans une mesure importante. L'exigence d'un besoin d'aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie, d'une part, et, d'autre part, celle d'un état nécessitant des soins permanents ou une surveillance personnelle sont cumulatives. L'exigence du besoin d'aide de tiers ainsi comprise est déjà tellement étendue que la condition de soins permanents ou de surveillance personnelle n'a plus qu'un caractère secondaire et doit être considérée comme remplie dès qu'il y a soins permanents ou surveillance personnelle, fussent-ils peu importants (ATF 106 V 153 consid. 2a).

Pour être permanents, il n'est pas nécessaire que les soins soient fournis 24 heures sur 24 : ils ne doivent simplement pas être occasionnés par un état temporaire (par exemple par une maladie intercurrente), mais être entraînés par une atteinte qui puisse être présumée permanente ou de longue durée. L'exigence de soins ou de surveillance ne s'applique pas aux actes ordinaires de la vie, mais concerne plutôt des prestations d'aide médicale ou infirmière requises en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré (ATF 106 V 153 consid. 2a).

Par « soins permanents », il faut entendre, par exemple, la nécessité de donner des médicaments ou de mettre un pansement chaque jour (ATF 107 V 136 consid. 1b).

8.3 L'art. 37 al. 2 RAI stipule que 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 RAI (let. c).

L'expression « même avec des moyens auxiliaires » se rapporte à ceux qui sont remis par l'AI, ainsi qu'aux moyens auxiliaires bon marché ou à des adaptations dont la prise en charge peut être exigée de l'assuré, ceci indépendamment de son obligation de réduire le dommage (arrêt du Tribunal fédéral I 639/06 du 5 janvier 2007 consid. 4.1 et les références).

On est en présence d'une impotence de degré moyen au sens de la let. a lorsque l'assuré doit recourir à l'aide de tiers pour au moins quatre actes ordinaires de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2017 du 17 octobre 2017 consid. 2 et la référence).

Il faut attribuer plus d'importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas d'une impotence de degré moyen et non pas seulement une importance minime comme à l'art. 37 al. 1 RAI, étant donné que, dans le cadre de l'art. 37 al. 2 let. b RAI, les situations exigeant l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie sont beaucoup moins fréquentes qu'en cas d'impotence grave (ATF 107 V 145 consid. 1d).

8.4 L'art. 37 al. 3 RAI dispose que 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 RAI (let. e).

Les soins peuvent être qualifiés d'astreignants au sens de l'art. 37 al. 3 let. c RAI pour diverses raisons. Le critère peut être quantitatif, ce qui signifie qu'ils nécessitent beaucoup de temps ou sont particulièrement coûteux. Il peut aussi être qualitatif, ce qui signifie que leur exécution se fait dans des conditions difficiles, par exemple, parce qu'ils sont particulièrement pénibles ou qu'ils doivent être prodigués à des heures inhabituelles (par ex. vers minuit ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_663/2016 du 17 janvier 2017 consid. 2.2.2 et les références).

Un besoin de soins de plus de deux heures par jour sera qualifié de particulièrement astreignant si des aspects qualitatifs aggravants doivent aussi être pris en compte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_384/2013 du 10 octobre 2013 consid. 4.1.1). Si le besoin de soins est supérieur à trois heures par jour, l'aide peut être qualifiée d'astreignante si au moins un aspect qualitatif (par ex. soins pendant la nuit) s'y ajoute. Un besoin de soins de quatre heures par jour ou plus est qualifié d'astreignant sans aspect qualitatif supplémentaire (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité établie par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS ; CIIAI], ch. 8058).

S'il ne ressort pas clairement du dossier que les conditions sont remplies (à savoir un besoin de soins de plus de deux heures par jour avec des aspects qualitatifs aggravants ou plus de quatre heures de soins par jour), une enquête sur place s'impose (CIIAI, ch. 8059). Même pour les assurés qui souffrent de mucoviscidose, on ne saurait supposer d'office une impotence faible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_384/2013 du 10 octobre 2013 consid. 4.1.1).

9.

9.1 Selon la jurisprudence, les actes élémentaires de la vie quotidienne se répartissent en six domaines : 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 toilettes ; 6. se

déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 et les références).

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 153 consid. 2b). Ce principe est en particulier applicable lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité d'accomplir l'acte consistant à aller aux toilettes (ATF 121 V 95 consid. 6c ; ATF 121 V 94 consid. 6b et les références).

9.2 Quand il s'agit d'examiner le besoin d'une aide pour chacun des actes ordinaires de la vie, il ne doit être tenu compte de moyens auxiliaires que dans la mesure où ils sont effectivement pris en charge par l'assurance-invalidité. L'assuré incapable de marcher est réputé avoir besoin d'une aide pour ses déplacements (à l'extérieur), même s'il dispose d'une voiture automobile remise par l'assurance-invalidité ou financée par celle-ci au moyen de prestations de remplacement, car c'est uniquement en considération d'un but professionnel, et non pour couvrir des frais de déplacements privés, que l'assurance intervient dans ce cas (ATF 117 V 146 consid. 3a).

Par ailleurs, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.43/02 du 30 septembre 2002 consid. 1 et 2.1).

9.3 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 des fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide directe ou indirecte d'autrui, d'une manière régulière et importante, que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires. En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 et les références).

L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour (arrêt du Tribunal fédéral 9C_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 5.3 et les références). C'est par exemple le cas lors de crises pouvant ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (RCC 1986 p. 510 consid. 3c).

L'aide est importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir seul au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (ATF 121 V 88 consid. 3c et les

références ; ATF 107 V 136 consid. 1b) ; lorsqu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou que, en raison de son état psychique, il ne peut l'accomplir sans incitation particulière (ATF 106 V 153 consid. 2a et 2b) ; lorsque, même avec l'aide d'un tiers, il ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour lui (par ex. si l'assuré souffre de graves lésions cérébrales et que sa vie se trouve réduite à des fonctions purement végétatives, de sorte qu'il est condamné à vivre au lit et qu'il ne peut entretenir de contacts sociaux [ATF 117 V 146 consid. 3b ; CIIAI, ch. 8026]).

9.4 Les personnes chargées de déterminer s'il y a impotence (médecin, collaborateurs des services sociaux) doivent se limiter à indiquer en quoi consiste l'aide accordée de manière régulière. Décider si elle est importante est en revanche une question de droit qu'il incombe à l'administration, respectivement au juge de trancher (ATF 107 V 136 consid. 2b).

Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie (CIIAI, ch. 8028).

Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie, mais qu'il ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou de manière inhabituelle s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 consid. 7.2 et les références).

L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur elles lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, en les enjoignant à agir, en les empêchant de commettre des actes dommageables ou en leur apportant son aide au besoin (CIIAI, ch. 8030). Elle peut donc aussi consister en une simple surveillance de l'assuré pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (RCC 1990 p. 49 consid. 2b) comme, par exemple, lorsqu'il suffit que le tiers l'invite à accomplir un des actes qu'il omettrait à cause de son état psychique (RCC 1987 p. 113 consid. 1 et les références).

Une aide indirecte de tiers peut également être nécessaire pour les personnes présentant une atteinte à la santé physique. Il en va ainsi de l'assuré qui est certes fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie, mais qui a besoin d'une surveillance personnelle – et pas seulement générale – pour en effectuer certains, par exemple, en raison d'un risque d'étouffement lors de la prise des aliments, d'un risque de noyade lors du bain, d'un risque de blessures en cas de chute lors d'une douche ou d'un déplacement (RCC 1986 p. 510 consid. 3c ; CIIAI, ch. 8031 ; VALTERIO, op cit., n. 32 ad art. 42 LAI).

10. Selon le chiffre 8014 de la CIIAI, il y a impotence, en ce qui concerne l'acte ordinaire de la vie « se vêtir / se dévêtir », lorsque l'assuré ne peut lui-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou un moyen auxiliaire. Il y a également impotence lorsque l'assuré peut certes s'habiller seul mais ne peut pas, en raison de problèmes cognitifs, faire correspondre sa tenue aux conditions

météorologiques ou lorsqu'il confond l'envers et l'endroit de ses vêtements. En effet, lorsque l'assuré peut accomplir seul l'acte de se vêtir, 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, il convient de considérer que 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. Cela suffit pour admettre qu'il a besoin de l'aide d'autrui pour se vêtir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_780/2011 du 4 décembre 2012 consid. 3.2.1 et les références).

L'aide pour mettre des bas de contention est compris dans l'acte ordinaire de la vie se « vêtir / se dévêtir » (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2019 du 1er mai 2019 consid. 5.3 et les références).

On peut exiger d'un assuré, qui a des difficultés pour fermer les petits boutons et enfiler certaines chaussures, qu'il conserve son indépendance par des mesures appropriées, par exemple en portant des vêtements sans boutons (trop petits) ou des chaussures qui ne nécessitent pas d'être attachées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_544/2014 du 21 octobre 2014 consid. 6.2 in fine et la référence).

11. En ce qui concerne l'acte « faire sa toilette », il y a impotence 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_373/2012 du 22 août 2012 consid. 4.2). Des difficultés supplémentaires ou un ralentissement pour accomplir ces actes ne suffisent pas à l'admission d'une impotence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_912/2008 du 5 mars 2009 consid. 10.2 et les références).

Un assuré qui, en prenant un bain, n'est pas en mesure de laver son dos, ses oreilles ou des cavités du corps doit être considéré comme impotent dans la fonction « faire sa toilette » (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.438/96 du 28 juin 1996 consid. 2c.bb, cité in Ulrich MEYER / Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2014, n. 33 ad art. 42-42ter LAI).

Dans cette fonction, il convient également de tenir compte de l'aide nécessitée pour pouvoir sortir de la chaise installée dans la douche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.214/03 du 3 septembre 2003 consid. 3.2) ou du passage du déambulateur à une chaise de douche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H.128/03 du 4 février 2004 consid. 4).

Par ailleurs, un contrôle ultérieur des soins corporels peut constituer une aide importante lorsque l'assuré n'est pas en mesure de l'effectuer correctement en raison de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.443/04 du 2 décembre 2004 consid. 2.1 et 2.3).

Par contre, il n'y a pas impotence lorsque les actes ne doivent pas être assumés quotidiennement, comme par exemple lorsque l'assuré a besoin d'aide pour se coiffer ou se vernir les ongles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 6.2). Le soin des ongles n'est pas couvert par l'allocation pour

impotent dès lors qu'il va au-delà de l'acte ordinaire quotidien « faire sa toilette » (ATF 147 V 35 consid. 9.2.3).

12. En ce qui concerne l'acte « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux », il y a impotence lorsque l'assuré, bien qu'il dispose de moyens auxiliaires, ne peut plus se déplacer lui-même dans le logement ou à l'extérieur, ou entretenir des contacts sociaux (CIIAI, ch. 8022).

Par contacts sociaux, on entend les relations humaines telles qu'elles se pratiquent quotidiennement (par ex. lire, écrire, fréquenter des concerts, des manifestations politiques ou religieuses, etc. ; RCC 1982 p. 119 consid. 1c et p. 126 consid. 1b ; CIIAI, ch. 8023).

La nécessité de l'aide pour entretenir des contacts, afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes psychiquement handicapées), ne doit être prise en compte qu'au titre de « l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie », mais non à celui de la fonction partielle « entretenir des contacts sociaux » (arrêt du Tribunal fédéral 9C_639/2015 du 14 juin 2016 consid. 4.1 ; CIIAI, ch. 8024).

Le fait que l'assuré ne puisse pas reconnaître les dangers de la route doit être pris en compte au titre de déplacement et non une deuxième fois au titre de la surveillance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_605/2011 du 31 janvier 2012 consid. 6.2 et les références).

13. Selon la jurisprudence, la notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI, qui est traduite en temps destiné à apporter de l'aide supplémentaire (cf. art. 39 al. 3 RAI), ne se confond pas avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré aux traitements et aux soins de base, si bien que des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et les références).

Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée ; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la

régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour ; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (arrêt du Tribunal fédéral précité consid. 3.1 et les références).

La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une 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 (arrêt du Tribunal fédéral précité consid. 3.1 et les références).

La condition de permanence n'exige pas que la personne qui surveille ait mission de s'occuper exclusivement de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_608/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.2.1 et la référence).

Un besoin de surveillance pourra être reconnu lorsque, en raison d'une affection donnée, une clinique spécialisée doit utiliser de manière individuelle et ciblée une technique particulière pour assurer la surveillance de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_825/2014 du 23 juin 2015 consid. 4.1.1 et les références).

Si l'assuré séjourne dans une institution spécialisée (par exemple dans un home), le besoin de surveillance ne saurait être admis lorsqu'il se trouve sous une surveillance générale de cette institution (arrêt du Tribunal fédéral 9C_608/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.2.1).

La surveillance personnelle permanente a été admise en cas de risque d'évanouissement, susceptible de se produire à tout moment, dû à une pression anormalement basse en raison d'une malformation cardiaque, les pertes de connaissance pouvant vraisemblablement aller jusqu'à engager le pronostic vital d'une personne qui souffre des séquelles d'une malformation cardiaque, ainsi que de problèmes pulmonaires et qui nécessite notamment un apport en oxygène constant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_247/2009 du 17 août 2009 consid. 2.2. et 3).

Selon la jurisprudence, des chutes et le besoin corrélatif d'aide pour se relever fondent en principe un besoin de surveillance d'ordre général qui ne saurait être assimilé à la surveillance personnelle permanente prévue par l'art. 37 al. 2 let. b RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 5.2 et les références).

On n'accordera qu'une importance minimale à la surveillance personnelle dans les cas d'impotence grave, étant donné que, par définition, l'impotence grave présuppose que l'assuré dépende régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie. Il faut en revanche attribuer plus d'importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas

d'une impotence de degré moyen ou faible parce que les situations exigeant l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie sont beaucoup moins fréquentes en cas d'impotence moyenne (art. 37 al. 2 let. b RAI) et inexistantes en cas d'impotence faible (art. 37 al. 3 let. b RAI ; ATF 107 V 145 consid. 1d et les références).

14.

14.1 Aux termes de l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42 al. 3 LAI, existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

14.2 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), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2019 du 16 août 2019 consid. 4.1 et la référence). La personne qui accompagne l'assuré peut aussi accomplir elle-même les actes nécessaires lorsque malgré ses instructions, sa surveillance ou son contrôle, l'assuré n'est pas en mesure de le faire à cause de son atteinte à la santé (ATF 133 V 450 consid. 10.2). Le fait déterminant n'est donc pas la manière dont l'aide du tiers est apportée, mais la circonstance que, grâce à elle, la personne puisse acquérir l'indépendance nécessaire dans son habitat (arrêt du Tribunal fédéral I 1013/06 du 9 novembre 2007 consid. 5.4).

L'assuré, empêché en raison de ses limitations physiques de cuisiner et d'effectuer les tâches ménagères, nécessite l'assistance d'un tiers, sans laquelle il ne pourrait vivre de manière indépendante, pour les travaux ménagers auxquels s'étend l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI, dans la mesure où ceux-ci ne font pas partie des actes ordinaires de la vie selon l'art. 9 LPGA en relation avec l'art. 37 RAI. Cette assistance (qui comprend les activités telles que cuisiner, faire les courses, faire la lessive et le ménage) représente, selon l'expérience générale de la vie, un investissement temporel de plus de deux heures par semaine, de sorte que le caractère régulier de l'aide nécessitée est dans ce cas réalisé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.3 et les références). Les seules difficultés dans l'accomplissement des tâches ménagères, de la préparation des repas et des commissions ne constituent toutefois pas des empêchements pour vivre de manière indépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2.3).

La nécessité de l'aide apportée par une tierce personne doit être examinée de manière objective, selon l'état de santé de l'assuré concerné, indépendamment de l'environnement dans lequel celui-ci se trouve ; seul importe le point de savoir si, dans la situation où il ne dépendrait que de lui-même, cet assuré aurait besoin de l'aide d'un tiers. L'assistance que lui apportent les membres de sa famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans une seconde étape. Si la question de savoir comment s'organiserait la communauté familiale dans le cas où elle ne devait pas percevoir de prestations d'assurance est certes importante, l'aide exigible ne doit toutefois pas devenir excessive ou disproportionnée. Sauf à vouloir vider l'institution de l'allocation pour impotent de tout son sens dans le cas où l'assuré fait ménage commun avec son épouse ou un membre de la famille, on ne saurait exiger de cette personne qu'elle assume toutes les tâches ménagères de l'assuré après la survenance de l'impotence si cela ne correspondait pas déjà à la situation antérieure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 et les références).

14.3 Dans la deuxième 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2019 du 16 août 2019 consid. 4.1 et la référence).

14.4 Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral précité consid. 4.1 et la référence).

Un risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas. L'isolement et la détérioration subséquente de l'état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2.2). Le risque d'isolement doit ainsi être interprété de manière stricte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2013 du 18 août 2014 consid. 3.4 in fine). L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec l'assuré en le conseillant et à le motiver pour établir des contacts en l'emmenant, par exemple, assister à des manifestations (arrêt du Tribunal fédéral I 46/07 du 29 octobre 2007 consid. 3.5 et la référence).

14.5 L'art. 38 al. 3 1ère phr. RAI précise que n'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1. Selon le ch. 8053 de la CIIAI, l'accompagnement est régulier au sens de l'art. 38 al. 3 RAI lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2019 du 16 août 2019 consid. 4.2 et les références).

14.6 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2019 du 16 août 2019 consid. 4.1 et les références). Ainsi, l'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour accomplir les actes ordinaires de la vie ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_688/2014 du 1er juin 2015 consid. 3.6 et les références). L'empêchement de se mouvoir à la maison ou en dehors de celle-ci qui nécessite une aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie n'exclut toutefois pas un besoin d'accompagnement au sens de l'art. 38 RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_135/2014 du 14 mai 2014 consid. 4.3.1 et les références).

Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (arrêt du Tribunal fédéral I 652/06 du 25 juillet 2007 consid. 5.2).

15. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

16. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux

prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

16.1 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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

16.2 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les

références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

16.3 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

16.4 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

16.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

17. En règle générale, le degré d'impotence d'un assuré est déterminé par une enquête à son domicile. Cette enquête doit être élaborée par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références). Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1.2).

La jurisprudence selon laquelle, lors de l'évaluation de l'invalidité découlant d'une atteinte à la santé psychique, il convient d'accorder plus de poids aux constatations d'ordre médical qu'à celles de l'enquête à domicile en cas de divergences, s'applique également lors de l'évaluation du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3).

18. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_661/2016 consid. 2.3 et les références). Ce principe s'applique également à l'assuré qui fait valoir le droit à une allocation pour

impotent (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.146/02 du 10 février 2003 consid. 4.2).

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

20.

20.1 En l'espèce, le recourant soutient avoir droit à une allocation pour impotent, sans toutefois estimer le degré de sévérité de ladite impotence. En se fondant sur les certificats médicaux de ses médecins traitants, il considère avoir besoin d'une surveillance personnelle constante et d'un accompagnement régulier et permanent de son épouse. Il a besoin d'aide pour s'organiser et structurer sa journée et ses limitations fonctionnelles nécessitent, selon lui, une aide importante au quotidien, en parallèle d'un soutien moral important. S'agissant des actes ordinaires de la vie, il allègue avoir besoin d'aide pour s'habiller, se déshabiller, prendre sa douche et faire sa toilette.

20.2 L'intimé, de son côté, se fondant sur les résultats de l'enquête ménagère confiée à une infirmière enquêtrice spécialisée, estime que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotence ne sont pas remplies. L'OAI conteste notamment le besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, considérant que cela implique principalement un besoin d'aide pour mettre ses chaussettes. S'agissant de faire sa toilette, l'OAI retient l'utilisation d'un tabouret posé dans la baignoire, qui permet à l'assuré de se doucher sans l'aide de tiers. S'agissant du ménage, l'assuré ne s'en serait jamais occupé, ce qui implique que son atteinte à la santé n'a aucunement changé sa situation et enfin, il est capable de structurer sa journée, de se rendre au café pour y rencontrer des amis ; il sort tous les jours, gère sa santé et ses rendez-vous avec ses médecins.

L'enquête a été élaborée par une infirmière évaluatrice spécialisée, soit une personne qualifiée qui a pris connaissance de la situation locale et spatiale lors de sa visite du 13 avril 2022, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Elle a tenu compte des indications de la personne assurée qui figurent dans son rapport. Enfin, le contenu du rapport est 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. Il n'est pas allégué que le rapport ne correspondrait pas aux indications relevées sur place.

Aucune circonstance particulière ne permet de conclure au manque d'objectivité ou au parti pris de l'enquêtrice, pas plus qu'il n'existe de doute objectif quant à l'impartialité de l'évaluation, étant rappelé que 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références).

Dès lors, le rapport d'enquête constitue une base fiable de décision, que la chambre de céans ne saurait remettre en cause en l'absence d'erreur manifeste (ATF 130 V 61 consid. 6.1.2), et qui présente une valeur probante.

S'agissant des appréciations des médecins traitants, il convient de rappeler que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

À cet égard, il sied de préciser que l'ultime appréciation médicale transmise par le mandataire du recourant, soit celle du Dr E_____ du 16 novembre 2022, n'apporte aucun élément supplémentaire dès lors que le médecin en question, qui est généraliste, ne fait que s'aligner sur l'appréciation de la Dresse C_____.

20.3 L'assuré n'a pas allégué avoir de difficultés dans les actes ordinaires qui suivent :

- se lever, s'asseoir et se coucher, l'enquêtrice notant dans son rapport que l'assuré dort dans un grand lit et « montre qu'il peut se coucher et se lever sans l'aide de tiers » ;
- manger ;
- aller aux toilettes, l'enquêtrice notant que « l'assuré est autonome ».

Il convient d'examiner les autres actes ordinaires, afin de déterminer ceux que l'assuré ne pourrait pas accomplir, sans l'aide d'autrui, alors même qu'il bénéficierait de moyens auxiliaires, étant rappelé que si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 et les références).

21. En ce qui concerne l'acte de se vêtir et de se dévêtir, l'assuré allègue dans son courrier d'opposition du 25 mai 2022, qu'il nécessite une aide quotidienne pour se vêtir et se dévêtir soit enfiler, retirer ses chaussettes, lacer ses chaussures. À cet égard, il se fonde sur les rapports de ses médecins traitants.

Dans son rapport du 5 novembre 2021, le Dr D_____ estime que l'assuré a besoin « d'une aide totale et complète dès le réveil matinal ». Il ajoute que l'assuré « peut s'habiller, mais il faut lui mettre ses chaussettes ». S'agissant de la Dresse C_____, elle déclare dans son rapport médical du 29 novembre 2021 que

l'état psychique et physique du patient ne lui permet pas de réaliser « les activités de la vie quotidienne (la vaisselle, la lessive, le ménage, le repassage, les commissions) ». Elle précise dans son courrier du 31 octobre 2022 que l'assuré a besoin de l'aide de son épouse pour « s'habiller et se déshabiller », sans plus de précisions.

En l'état, il convient d'admettre selon les déclarations constantes de l'assuré, qui sont admises au ch. 4.1.1. du rapport d'enquête ménagère du 19 avril 2022 (ci-après : le rapport d'enquête) que l'assuré ne demande de l'aide à son épouse que pour mettre ses chaussettes.

Il sied de rappeler que l'utilisation d'un moyen auxiliaire fait partie du devoir de l'assuré de réduire son dommage, notamment en se procurant, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. S'agissant des difficultés pour enfiler ses chaussettes, l'enquêtrice rappelle qu'il est possible d'utiliser un « enfile-chaussettes » à titre de moyen auxiliaire. Dès lors, l'utilisation de ce moyen auxiliaire est exigible de la part de l'assuré, ce qui permet de se passer de l'aide d'un tiers pour cet acte ordinaire.

S'agissant des autres difficultés mentionnées par l'assuré, notamment devoir s'assoir pour se vêtir ou se dévêtir ou devoir faire un effort pour mettre ou enlever ses habits, le Dr D_____ confirme que l'assuré « peut s'habiller ».

Enfin, en ce qui concerne la difficulté alléguée par le recourant pour lacer ses chaussures, qui n'est pas confirmée par les médecins traitants, ni par le rapport d'enquête, on rappellera que l'on peut exiger d'un assuré, qui a des difficultés à enfiler certaines chaussures, qu'il conserve son indépendance par des mesures appropriées, par exemple en portant des chaussures qui ne nécessitent pas d'être attachées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_544/2014 du 21 octobre 2014 consid. 6.2 in fine et la référence).

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère que l'assuré n'a pas besoin d'une aide régulière importante, directe ou indirecte, dans l'acte ordinaire de se vêtir ou se dévêtir.

22. En ce qui concerne l'acte ordinaire de faire sa toilette, l'assuré se réfère aux déclarations de ses médecins traitants, soit le Dr D_____ qui écrit dans son rapport du 5 novembre 2021 que l'assuré « prend presque seul sa douche » puis que le besoin d'accompagnement est nécessaire pour « en grande partie faire sa toilette ». La Dresse C_____ précise, dans son courrier du 31 octobre 2022, que l'assuré a besoin de l'aide de son épouse lorsqu'il « prend sa douche », sans plus de précisions.

L'enquêtrice de l'OAI note dans son rapport d'enquête ch. 4.1.4. que « l'assuré utilise un tabouret posé dans la baignoire et arrive à se doucher sans aide de tiers, selon ses dires. Pour l'aider à conserver son autonomie, il serait exigible d'utiliser une planche de bains et une poignée de sécurité ».

En l'absence de précisions, on peine à comprendre les appréciations des médecins traitants concernant le fait que l'assuré prend presque seule sa douche mais a besoin d'accompagnement en grande partie pour faire sa toilette. Aucun détail n'est donné quant à l'utilisation de la baignoire à la place de la douche et les actes de se raser ou de se coiffer ne sont pas mentionnés.

Un assuré qui, en prenant un bain, n'est pas en mesure de laver son dos, ses oreilles ou des cavités du corps doit être considéré comme impotent dans la fonction « faire sa toilette » (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.438/96 du 28 juin 1996 consid. 2c.bb, cité in Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2014, n. 33 ad art. 42-42ter LAI).

Dans cette fonction, il convient également de tenir compte de l'aide nécessitée pour pouvoir sortir de la chaise installée dans la douche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.214/03 du 3 septembre 2003 consid. 3.2) ou du passage du déambulateur à une chaise de douche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H.128/03 du 4 février 2004 consid. 4).

Aucun élément ne permet de considérer que l'assuré n'est pas capable de faire seul sa toilette, si ce n'est, comme l'a fait remarquer l'enquêtrice, que pour l'aider à conserver son autonomie, il serait exigible d'utiliser une planche de bain et une poignée de sécurité, étant précisé que l'assuré utilise déjà un tabouret posé dans la baignoire, ce qui lui permet de se doucher sans l'aide de tiers. Compte tenu du principe, déjà mentionné supra, selon lequel l'assuré a le devoir de prendre les dispositions lui permettant de réduire son dommage, il est exigible que l'assuré utilise une planche de bain et une poignée de sécurité pour l'aider à faire sa toilette.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère que l'assuré n'a pas besoin d'une aide régulière importante, directe ou indirecte, dans l'acte ordinaire de faire sa toilette.

23. Le recourant allègue avoir besoin d'être accompagné dans ses déplacements, en particulier lorsqu'il emprunte les transports publics, tant le sentiment de persécution et d'angoisse est important. Dans son rapport du 5 novembre 2021, son médecin traitant, le Dr D_____, note que l'assuré « sort de chez lui, se promène, rentre chez lui, lit et regarde la TV ». La Dresse C_____, relève dans son rapport du 29 novembre 2021, que l'assuré « peut se déplacer seul à ses visites médicales. En revanche, il a besoin de l'aide de son épouse et de ses deux fils pour le reste ».

Dans le rapport d'enquête, concernant le déplacement à l'intérieur et à l'extérieur, l'enquêtrice ne mentionne aucune aide. On doit donc admettre que, sous réserve des limitations fonctionnelles rappelées par le recourant notamment quant à la durée de la marche et au fait de monter des escaliers, ce dernier est capable de se déplacer seul à l'intérieur et l'extérieur de l'appartement.

S'agissant des contacts sociaux, on entend par là les relations humaines telles qu'elles se pratiquent quotidiennement (par ex. lire, écrire, fréquenter des concerts,

des manifestations politiques ou religieuses, etc. ; RCC 1982 p. 119 consid. 1c et p. 126 consid. 1b ; CIIAI, ch. 8023).

Dès lors que le Dr D_____ relève que l'assuré sort de chez lui, se promène puis rentre, lit et regarde la télévision, on doit admettre qu'il a la possibilité d'entretenir des contacts sociaux.

Ce constat est partagé par l'enquêtrice, qui note dans son rapport sous ch. 4.2.2 « que l'assuré peut se déplacer sans aide à l'intérieur et l'extérieur de son appartement, peut sortir et rencontrer des amis, tous les jours et qu'il peut faire des emplettes. Il se rend chez les médecins sans être accompagné et va au Parc des Bastions pour jouer ou regarder les jeux d'échecs régulièrement ».

Il résulte de ce qui précède que l'assuré peut librement et sans aide se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de son appartement. Sous l'angle des contacts sociaux, il est établi qu'il peut rencontrer des amis, faire des emplettes, aller au parc et regarder les joueurs d'échecs, ou participer au jeu, puis lire et regarder la télévision lorsqu'il est chez lui.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère que l'assuré n'a pas besoin d'une aide régulière importante, directe ou indirecte, dans l'acte ordinaire de se déplacer et d'entretenir des contacts avec autrui.

24. À ce stade du recours, la chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant n'a besoin d'aucune aide pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne, tels qu'ils viennent d'être examinés.

25. Le recourant mentionne qu'il aurait besoin, depuis l'aggravation de son état de santé, d'une aide totale et complète dès le réveil matinal en se fondant sur le rapport du Dr D_____ du 5 novembre 2022 et de la Dresse C_____, qui mentionne dans son rapport du 31 octobre 2022, que l'assuré a besoin d'une surveillance personnelle constante et d'un accompagnement régulier et permanent de son épouse.

Ces éléments semblent, à première vue, mélanger la notion d'un état nécessitant des « soins permanents ou une surveillance personnelle » au sens de l'art. 37 RAI et de la nécessité d'un « accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie » au sens de l'art. 38 RAI.

On parle de besoin d'une surveillance personnelle persistante ou d'une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions.

L'enquêtrice conclut qu'une surveillance personnelle permanente n'est pas nécessaire, étant précisé qu'elle indique sous le ch. 4.4. de son rapport sous la

rubrique « surveillance personnelle » que l'assuré a peur la nuit et n'aime pas rester seul dans son logement, mais qu'il ne se met pas en danger et ne met pas les autres en danger.

Les peurs citées par la Dresse C_____, les fortes angoisses, l'insomnie et le sentiment d'abandon ne sont pas suffisamment détaillés et objectivés pour que l'on puisse en déduire la nécessité d'une surveillance personnelle permanente, ce d'autant moins qu'il n'est pas fait mention d'éventuelles gestes suicidaires. De surcroît, les troubles physiques de l'assuré ne nécessitent pas des soins et une surveillance personnelle permanente.

Il en est de même des attaques de panique décrites par le recourant lorsqu'il prend les transports publics, ce qui ne saurait être considéré comme un besoin de surveillance personnelle permanente.

À cet égard, on peut se référer à la jurisprudence du Tribunal fédéral qui a admis le besoin d'une surveillance personnelle permanente en cas de risque d'évanouissement, susceptible de se produire à tout moment, dû à une pression anormalement basse en raison d'une malformation cardiaque, les pertes de connaissance pouvant vraisemblablement aller jusqu'à engager le pronostic vital d'une personne qui souffre des séquelles d'une malformation cardiaque, ainsi que de problèmes pulmonaires et qui nécessite notamment un apport en oxygène constant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_247/2009 du 17 août 2009 consid. 2.2. et 3).

En revanche, selon la jurisprudence, des chutes et le besoin corrélatif d'aide pour se relever fondent en principe un besoin de surveillance d'ordre général qui ne saurait être assimilé à la surveillance personnelle permanente prévue par l'art. 37 al. 2 let. b RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 5.2 et les références).

Compte tenu de ces éléments, le besoin de soins permanents ou d'une surveillance personnelle peut être exclu.

26. Il sied à présent d'examiner si l'assuré a besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie sociale afin d'éviter qu'il ne soit complètement laissé à l'abandon, qu'il doive être placé dans un home, une institution spécialisée ou une clinique.

26.1 Dans ses différentes écritures, le recourant allègue que sans l'aide de son épouse, il devrait être placé en institution. À cet égard, il se fonde sur l'appréciation du Dr D_____ qui, dans son rapport du 5 novembre 2021, estime que l'assuré nécessite une aide totale et complète, dès le réveil matinal, sans quoi, sans l'aide de son épouse, il devrait être placé en institution. On constate toutefois une contradiction puisque, dans le même rapport, il est écrit que l'assuré peut sortir de chez lui, se promener et rentrer chez lui. On peine à comprendre comment l'assuré pourrait librement circuler seul à l'extérieur et accomplir une promenade, tout en ayant besoin d'une aide totale et complète de son épouse, qui pourtant ne l'accompagne pas dans ce type de déplacement.

La Dresse C_____, dans son rapport du 31 octobre 2022, parle de la peur d'une mort subite de la part de l'assuré, en raison notamment de son hypercholestérolémie, d'un surpoids et du fait que plusieurs connaissances de son âge sont décédées, suite à des problèmes cardiovasculaires. La Dresse C_____ en conclu qu'il est nécessaire d'avoir une surveillance personnelle constante et un accompagnement régulier permanent de la part de son épouse. La même contradiction citée supra apparaît puisque l'assuré est capable de sortir seul pour se promener, rencontrer des amis, faire des emplettes et se rendre au Parc des Bastions pour assister, voire participer, aux jeux d'échecs.

L'infirmière évaluatrice de l'OAI confirme que l'assuré indique avoir peur la nuit et ne pas aimer rester seul dans son logement. Mais elle conclut que l'on ne peut pas reconnaître la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie.

Elle considère également que l'assuré n'a pas besoin d'aide pour structurer la journée car il peut gérer ses rendez-vous, se lève et se couche à des heures adéquates, se rend régulièrement dans un café turc pour rencontrer ses amis et sort tous les jours. De même, pour faire face aux situations quotidiennes, il n'a pas besoin d'aide car il se douche régulièrement, maintient son hygiène, s'occupe des tâches administratives simples, peut avoir des idées pour les menus et contribue à la planification des repas. Il arrive à gérer sa santé et à prendre son traitement sans aide et peut appeler son médecin si nécessaire ou prendre des rendez-vous, étant rappelé que ces éléments ressortent de l'entretien qui s'est déroulé avec l'assuré.

26.2 En dehors des appréciations des médecins traitants, qui ne semblent pas reposer sur des éléments objectifs permettant de leur accorder une valeur probante, il y a lieu de se fonder sur les déclarations de l'enquêtrice, compte tenu de ses qualifications, de sa spécialisation ainsi que de la structure détaillée des différentes activités et des réponses précises consignées dans son rapport d'enquête, selon les dires de l'assuré.

26.3 Les pièces au dossier permettent d'admettre que l'assuré ne s'occupe pas de la préparation des repas, ni de mettre la table, de débarrasser, de faire la lessive, le repassage, le ménage ou les courses.

Néanmoins, l'enquêtrice a relevé, après discussion avec l'assuré, que ce dernier laissait son épouse s'occuper de toutes les tâches domestiques, car il avait toujours une femme pour s'occuper de cela, même lorsqu'il était séparé et même sans atteinte à la santé, selon ses dires. Il a admis qu'il pouvait déléguer l'entretien du ménage et de la lessive à une personne de l'extérieur s'il vivait seul et qu'il pourrait s'acheter des plats préparés et les réchauffer au four micro-ondes. Il a ajouté qu'il n'irait pas en institution, même s'il était seul et ne disposait pas de l'aide de son épouse.

À cet égard, il convient de relever que l'épouse de l'assuré n'a aucune activité lucrative et est femme au foyer.

Selon l'appréciation de l'enquêtrice, son aide et son accompagnement sont exigibles et ne représentent pas un temps excessif pour la tenue du ménage, et ceci même si l'épouse avait une activité lucrative à l'extérieur à 100%, ce qui n'est pas le cas.

On peut également admettre l'exigibilité de l'aide des enfants, en ce qui concerne l'aide pour accomplir les démarches administratives, tout en ajoutant que l'assuré a déclaré pouvoir ouvrir le courrier et gérer les factures, car il parle français, ce qui n'est pas le cas de son épouse, mais que celle-ci, même si elle ne parle pas français, peut aller à la Poste pour faire les paiements (réponse de l'OAI du 11 novembre 2022, p. 4 et 5 selon les éléments notés dans le rapport d'enquête).

27. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que le recourant n'est pas parvenu à rendre vraisemblable que les conditions de reconnaissance d'une impotence sont remplies. Le recours sera donc rejeté.

28. Le recourant, qui n'est pas au bénéfice de l'assistance judiciaire, sera condamné au paiement d'un émolument de 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. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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