

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4958/2017

ATAS/1070/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 novembre 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christian PRALONG et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____1962, ressortissante du Nigeria, a épousé Monsieur B_____ en 1983. Le couple a eu quatre enfants, nés respectivement en 1984, 1989, 1992 et 1994. La famille s'est installée en Suisse, dans le canton de Genève, au début des années 1990.
2. Le 11 décembre 2013, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).
3. Par un projet de décision du 22 mai 2014, l'OAI lui a fait part de son intention de lui octroyer un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2014, sur la base d'un degré d'invalidité de 42 %, compte tenu d'un statut mixte constitué d'un 25 % d'activité professionnelle et d'un 75 % d'activités ménagères, étant précisé que le taux d'empêchement était de 100 % dans la sphère professionnelle et – à teneur d'une enquête économique sur le ménage effectuée à son domicile le 8 mai 2014 – de 23 % dans la sphère ménagère, donnant des degrés d'invalidité respectifs de 25 % et 17 % (donc au total de 42 %).
4. À la suite d'objections émises par l'assurée le 20 juin 2014 à l'endroit de ce projet de décision, l'OAI a reconnu à l'assurée – par une décision du 5 août 2015 notifiée avec le calcul de la rente effectué par la caisse de compensation compétente – le statut d'une personne active et, eu égard à son taux d'empêchement précité dans la sphère professionnelle, le droit à une rente entière d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} juin 2014 (soit six mois après le dépôt de la demande de prestations).
5. Par demande du 25 octobre 2016 enregistrée le 31 octobre 2016, l'assurée a saisi l'OAI d'une demande d'allocation pour impotent.
6. Remplissant le 24 novembre 2016, à l'adresse de l'OAI, un formulaire intitulé « Instruction relative à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie », l'assurée a coché la case « non », sans aucune autre précision, au regard de toutes les questions posées de savoir si elle avait besoin d'aide pour lui permettre de vivre chez elle et gérer sa vie quotidienne (structurer la journée, faire face aux situations quotidiennes [voisinage, questions d'alimentation, de santé et d'hygiène et activités administratives simples], tenir le ménage [instructions et surveillance]), d'accomplir les activités nécessaires hors du domicile (achats, loisirs, contacts avec les administrations, visites médicales, coiffeur, autres activités nécessaires [à préciser]), et d'éviter l'isolement durable (aller au restaurant, aux concerts, théâtres, cinéma, événements de famille, visites, fêtes).
7. D'après un formulaire rempli le 9 décembre 2016 par le docteur C_____, médecin généraliste FMH, les indications fournies par l'assurée sur l'impotence concernant les actes ordinaires de la vie correspondaient aux constatations dudit médecin ; l'état de santé de l'assurée ne pouvait être amélioré par des mesures médicales, et il

n'avait pas nécessité d'hospitalisations lors des douze derniers mois ; l'impotence ne pouvait être améliorée par des moyens auxiliaires.

8. Le 16 février 2017, le gestionnaire du dossier auprès de l'OAI a demandé qu'une enquête soit effectuée à domicile afin de déterminer le degré d'impotence ; il a fait mention, au titre des diagnostics, d'une connectivité de chevauchement entre syndrome des anticorps antisynthétases et polyarthrite rhumatoïde séropositive.
9. Le 7 février 2017, le docteur D_____, médecin adjoint agrégé au département des spécialités de médecine des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a attesté que l'assurée était suivie pour une affection médicale et rhumatologique aux HUG depuis de nombreuses années ; elle avait des difficultés de déplacement et des douleurs nocturnes importantes ; elle bénéficierait d'un lit électrique à domicile pour maintenir son indépendance.
10. Le 29 mai 2017, une enquêtrice, infirmière auprès de l'OAI, a effectué une enquête au domicile de l'assurée en vue d'établir son éventuel degré d'impotence. Son rapport sera établi le 26 septembre 2017.
11. D'après un rapport du 4 septembre 2017 de la docteure E_____, psychiatre et psychothérapeute, dont l'enquêtrice avait requis l'établissement, l'assurée souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis 2014 ainsi que de douleurs chroniques liées à des complications pulmonaires. Elle avait besoin d'une aide régulière et importante, fournie par son mari, pour les actes ordinaires de la vie (pour préparer à manger, faire le ménage, gérer l'administratif). Elle pouvait vivre seule avec une aide extérieure, son besoin d'accompagnement étant estimé à deux heures par jour. L'assurée avait des difficultés dans tous les gestes de la vie quotidienne. Son impotence ne pouvait être améliorée par des moyens auxiliaires. Son état de santé n'avait pas nécessité d'hospitalisations lors des douze derniers mois.
12. À teneur du rapport que l'enquêtrice a établi le 26 septembre 2017, l'assurée souffrait d'une connectivité de chevauchement entre syndrome des anticorps antisynthétastes et polyarthrite rhumatoïde, d'asthénie, dyspnée d'effort, myalgie et faiblesse musculaire, de douleurs articulaires, de pneumopathie interstitielle fibrosante avec syndrome restrictif et d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Lors de la visite à domicile précitée, elle avait dit être totalement autonome pour les actes ordinaires de la vie, mais avoir besoin d'accompagnement pour certains déplacements en raison d'une limitation de son périmètre de marche.

L'assurée vivait chez elle, à domicile, avec son époux et un fils. Elle n'avait pas besoin d'aide pour les actes ordinaires que sont se vêtir, se dévêtir, préparer ses vêtements, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette, se coiffer, se baigner, aller aux toilettes, entretenir des contacts sociaux, mais, depuis 2016, elle avait besoin d'être accompagnée pour certains déplacements (était véhiculée par son époux à certains rendez-vous médicaux lorsqu'elle ne pouvait s'y rendre seule en bus, notamment à Beau-Séjour).

L'assurée disait passer une grande partie de sa journée au lit, en raison de douleurs multiples aux niveaux articulaire et musculaire, mais également d'un état dépressif. Les courses étaient effectuées principalement par son époux, qu'elle accompagnait parfois ; elle-même préparait un à deux repas par semaine, sinon c'était son époux qui le faisait. Son fils ou son époux tenaient sommairement le ménage, et tout le monde participait à la lessive. L'assurée gérait elle-même le budget et préparait les factures et les paiements, qu'elle faisait elle-même à la poste, accompagnée par son époux. Elle ne sortait que peu de son domicile, essentiellement pour se rendre à ses rendez-vous médicaux, quelquefois au parc situé au pied de son immeuble avec une amie, et une à deux fois par mois au centre commercial avec son époux. Elle n'avait plus d'autres activités sociales. Elle n'était pas dans une situation d'isolement.

S'agissant des soins exigés par l'invalidité, l'assurée gérait son traitement médicamenteux de manière autonome. Elle n'avait pas besoin d'une surveillance personnelle. Au titre des moyens auxiliaires, l'assurée utilisait des béquilles.

Selon les éléments recueillis lors de la visite à domicile, l'assurée était seule en partie la journée, son époux et son fils vaquant à leurs activités ; elle structurait elle-même sa journée, gérait ses rendez-vous et l'administratif. L'aide apportée par la famille pour la préparation des repas, les courses et le ménage était raisonnablement exigible ; l'assurée pourrait vivre seule avec l'aide d'un service à domicile pour le ménage et les courses. Il se justifiait d'admettre la nécessité d'une aide régulière et importante pour un acte de la vie ordinaire, dès 2016, à savoir les déplacements.

13. Par un projet de décision du 2 octobre 2017, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser une allocation pour impotent, les conditions d'octroi d'une telle allocation n'étant pas remplies.
14. Par un courrier expédié le 13 octobre 2017, un fils de l'assurée a émis des objections à l'encontre de ce projet de décision. Son père et ses frères vivant avec l'assurée venaient en aide en permanence à cette dernière. En présence d'invités, sa mère n'aimait pas montrer son état de faible santé. Il demandait à voir le rapport de l'infirmière étant venue sur le terrain et qui jugeait « bon de ne pas venir en aide à une femme qui pein[ait] à respirer au moindre mouvement sans assistance », ce que les Drs D_____ et E_____ pouvaient confirmer.
15. Lors d'un entretien téléphonique du 17 octobre 2017 avec l'OAI, la Dre E_____, après avoir reçu des explications sur la notion d'impotence au sens de l'AI, a reconnu que l'assurée n'avait jusqu'alors pas besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie, mais pour les tâches administratives et le ménage. Rien n'avait encore été mis en place comme encadrement à domicile. L'aide apportée par l'époux était aléatoire. L'assurée pouvait se déplacer de manière autonome à certains rendez-vous médicaux.
16. Par un téléphone du 23 octobre 2017 à l'OAI, l'assurée a indiqué vouloir s'opposer au projet de décision précité. Depuis sa dernière hospitalisation en août 2017, elle

avait besoin d'aide pour se laver et s'habiller, mais elle a admis ne pas recevoir d'aide effective à domicile. L'OAI l'a informée du récent contact qu'il avait eu avec la Dre E_____ et lui a proposé d'entreprendre des démarches en vue d'obtenir une aide à domicile, et il lui a dit que le besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie devait être attesté médicalement.

17. Le 25 octobre 2017, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle avait autorisé son fils à lui adresser le courrier d'opposition précité du 13 octobre 2017.
18. Par courrier du 8 novembre 2017, après que l'OAI lui eut adressé copie du rapport d'enquête précité du 26 septembre 2017, l'assurée a indiqué à l'OAI que son état s'était nettement aggravé depuis sa dernière hospitalisation aux HUG du 21 août au 14 septembre 2017 et au Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique du 14 septembre au 4 octobre 2017. Elle était essoufflée tout le temps pour le moindre mouvement, par exemple pour prendre sa douche, s'habiller, faire le ménage, cuisiner un plat, monter les escaliers. Aussi souhaitait-elle obtenir une allocation pour impotent.
19. Lors d'un entretien téléphonique du 14 novembre 2017, l'OAI a fait part à l'assurée que le délai de carence pour l'obtention d'une allocation pour impotent n'était pas échu pour un besoin d'aide n'existant que depuis la dernière hospitalisation d'août 2017. Une aide à domicile n'avait toujours pas été mise en place. L'OAI a invité l'assurée à voir avec son médecin traitant, le Dr D_____, s'il y avait lieu de mettre en place une aide pour les soins de base et déposer une nouvelle demande d'allocation pour impotent en août 2018 en cas de persistance dudit besoin.
20. Par décision du 17 novembre 2017, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée une allocation d'impotent. Des éléments figurant au dossier, en particulier de l'enquête pour impotent faite à son domicile le 29 mai 2017, il résultait que, depuis 2016, l'assurée avait besoin d'aide pour accomplir un acte de la vie quotidienne, soit se déplacer. Dans la mesure où, d'après l'opposition qu'elle avait formulée le 8 novembre 2017, son état de santé s'était aggravé depuis août 2017, en sorte qu'elle pouvait avoir besoin d'aide pour accomplir trois actes de la vie quotidienne, le délai d'attente prendrait fin le 1^{er} août 2018 ; les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent n'étaient pas encore remplies.
21. Par acte du 15 décembre 2017, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant à son annulation et à l'octroi d'une allocation pour impotent dès le 31 octobre 2016 (cause A/4958/2017). Hospitalisée pour insuffisance respiratoire, elle souffrait de polyarthrite rhumatoïde, d'un syndrome des anticorps anti-synthétase ainsi que de douleurs musculo-squelettiques des membres et du dos. En plus de limitations de déplacement, elle éprouvait des difficultés pour s'habiller et se déshabiller, se lever et se coucher, comme l'attestait le docteur F_____, médecin adjoint agrégé auprès du département des spécialités de médecine des HUG. Elle se faisait aider quotidiennement, pour ces actes, par son

époux et deux de ses fils vivant avec elle. Elle avait, par pudeur, minimisé ses limitations physiques lors de la visite de l'infirmière de l'OAI à son domicile.

22. Par écriture du 15 janvier 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le rapport d'enquête à domicile du 26 septembre 2017 avait pleine valeur probante. Il n'y avait pas impotence du seul fait que l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie était rendu plus difficile ou ralenti par l'infirmité. Jamais l'assurée n'avait indiqué avoir besoin d'aide pour s'habiller et se déshabiller, se lever et se coucher. L'aide de l'époux et du fils de l'assurée vivant avec cette dernière était exigible.
23. Par réplique du 19 février 2018, l'assurée a persisté dans les conclusions de son recours. Elle était régulièrement hospitalisée depuis plusieurs mois, et devait se faire assister pour certaines tâches du quotidien, par le personnel soignant lorsqu'elle était hospitalisée et par son époux et son fils lorsqu'elle était chez elle. Très affaiblie, elle n'avait pas osé avouer les actes pour lesquels elle se faisait aider par des tiers. Son époux et son fils lui apportaient une aide quotidienne bien au-delà du ménage, mais aussi pour se déplacer, s'habiller et se déshabiller, lui préparer à manger, se lever, ainsi que le documentaient un rapport du service régional médical de l'AI (ci-après : SMR) du 11 mars 2014, un rapport du Dr D_____ du 21 septembre 2017 et un rapport du Dr F_____ du 11 décembre 2017. Son audition et une expertise médicale confirmeraient ses limitations effectives.

À teneur du rapport du 11 mars 2014 de la docteure G_____ du SMR, l'assurée souffrait d'une maladie auto-immune atteignant diffusément plusieurs tissus (poumons, os, muscles, peau) à l'origine d'importantes limitations fonctionnelles, incompatibles définitivement avec toute activité professionnelle. Le rapport du 21 septembre 2017 du Dr D_____ répondait à des questions de l'OAI portant sur la justification de l'acquisition, à titre de moyen auxiliaire, d'un lit médical électrique ; l'assurée devait fréquemment dormir en position semi-assise et avait de la difficulté, en raison de la faiblesse musculaire secondaire à sa myosite, à se relever sans l'aide d'une tierce personne ; son affection médicale était fluctuante ; durant les période de poussées de sa myosite, il lui était impossible de se lever d'une position de décubitus sans l'aide d'une tierce personne, mais il existait des périodes où cela lui était possible. D'après un rapport du 11 décembre 2017 du Dr F_____, faisant état de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis sa dernière hospitalisation en août et septembre 2017, l'assurée dépendait de l'aide d'autrui pour assumer toutes les tâches de la vie quotidienne.

24. Par duplique du 19 mars 2018, l'OAI a maintenu sa position. Les difficultés, non niées, qu'avait l'assurée pour accomplir certains actes de la vie ne suffisaient pas à fonder une impotence. Il n'y avait pas nécessité de mettre en œuvre des mesures d'investigation complémentaires.
25. L'avocat de l'assurée ayant cessé d'occuper, la CJCAS a prolongé, à son intention, le délai qu'elle lui avait imparti, lors de la transmission de cette écriture de l'OAI,

pour présenter d'éventuelles observations et produire toutes pièces utiles. L'assurée n'a pas présenté d'observations ni produit de nouvelles pièces.

26. Par décision du 23 avril 2018, la présidence du tribunal civil n'est pas entrée en matière sur une requête d'assistance juridique présentée par l'assurée pour son recours A/4958/2017 à la CJCAS.

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 CJCAS 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Ayant été partie à la procédure ayant abouti à la décision attaquée, étant touchée par cette dernière et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

Le recours est donc recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.
- b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).
- c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, op. cit., n. 78).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c) ; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b ; cf. not. ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d s'agissant de la jurisprudence, toujours valable, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst.).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent.
4. a. Selon l'art. 42 al. 1 phr. 1 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 (cf. art. 35 ss du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201). Des conditions spéciales s'appliquent aux mineurs (art. 42bis LAI, réservé par l'art. 42 al. 1 phr. 1 LAI). Selon l'art. 9 LPGA, auquel l'art. 42 al. 1 phr. 1 LAI fait référence, 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). En matière d'AI, 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 phr. 1 LAI).
- b. Pour avoir droit à une allocation pour impotent, il faut que l'atteinte à la santé affectant l'assuré empêche ce dernier d'accomplir seul les actes élémentaires de la vie quotidienne ; il ne suffit pas qu'elle en rende l'accomplissement plus difficile ou le ralentisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 et références citées ; Stéphanie PERRENOUD, in

Anne-Sylvie DUPONT / Margrit MOSER-SZELESS [éd.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales. Commentaire romand* [ci-après : CR LPGA], 2018, n. 23 ad art. 9 ; Michel VALTERIO, *Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité*, 2018, n. 11 ad art. 42).

Cet empêchement – autrement dit le besoin d'aide ou de surveillance qu'il nécessite – doit revêtir un caractère durable. En matière d'AI, pour donner naissance au droit à une allocation pour impotent, il faut que l'assuré ait présenté une impotence sans interruption pendant au moins une année (art. 42 al. 4 phr. 2 LAI en relation avec les art. 29 [recte : 28] al. 1 let. b RAI, 42bis al. 3 LAI et 35 al. 1 RAI ; Stéphanie PERRENOUD, CR LPGA, n. 20 ad art. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 6 et 70 ad art. 42).

Les actes élémentaires de la vie quotidienne (aussi appelés actes ordinaires de la vie) que l'assuré doit être empêché d'accomplir sans l'aide ou la surveillance d'autrui recouvrent les six domaines suivants (ch. 8010 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [ci-après : CIIAI] ; ATF 127 V 94 consid. 3c et références citées) : se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever) ; se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter) ; manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde) ; faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher) ; aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes) ; se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux). Ces actes comportent généralement plusieurs fonctions partielles ; l'aide ou la surveillance d'autrui ne doit pas être requise pour la plupart d'entre elles, mais au moins pour une seule d'entre elles (ch. 8011 CIIAI ; ATF 117 V 146 consid. 2), de façon cependant régulière (cf. 8025 CIIAI) et importante (ch. 8026 CIIAI ; Stéphanie PERRENOUD, CR LPGA, n. 21 ss ad art. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 11 ss ad art. 42).

c. L'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie – notion qui élargit la notion d'impotence en matière d'AI – n'englobe ni l'aide de tiers nécessaire pour accomplir les actes élémentaires de la vie, ni les soins permanents ou la surveillance permanente, mais vise une forme d'aide complémentaire et autonome. Il n'ouvre le droit à l'allocation pour impotent qu'en faveur d'assurés majeurs qui ne vivent pas dans une institution et qui ne sont pas en mesure, sans un tel accompagnement, de vivre de manière indépendante (art. 38 al. 1 let. a RAI), ou de faire face aux nécessités de la vie et d'établir des contacts sociaux (art. 38 al. 1 let. b RAI), ou d'éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (art. 38 al. 1 let. c RAI).

d. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI ; Stéphanie PERRENOUD, CR LPGA, n. 27 ss ad art. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 36 ss ad art. 42).

Elle est réputée 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 (art. 37 al. 1 RAI).

Il y a impotence de degré moyen (art. 37 al. 2 RAI) 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 (au moins quatre, selon le ch. 8009 CHAI), ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente, ou encore 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.

Il y a impotence de degré faible (art. 37 al. 3 RAI) 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, ou d'une surveillance personnelle permanente, ou, de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par son infirmité, ou de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux, ou encore – en matière d'AI – d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI.

e. Une enquête sur place (art. 69 al. 2 RAI) est le moyen adéquat pour la constatation d'une impotence et la détermination du droit à une allocation pour impotent. Pour qu'il ait valeur probante, il importe que le rapport d'enquête ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et un parti pris de sa part ; pour que son impartialité apparaisse douteuse, il faut qu'existent des circonstances particulières permettant de les justifier objectivement (ATF 130 V 61 consid. 6.2 p. 63 ; cf. 125 V 351 consid.3b/ee p. 353 ; cf. arrêt 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 9 ad art. 42).

5. a. En l'espèce, en dépit du fait que, dans sa demande d'allocation pour impotent et le formulaire ad hoc qu'elle avait remplis, la recourante ne fournissait guère sinon pas d'éléments démontrant qu'elle remplissait les conditions d'octroi d'une

allocation pour impotent, l'intimé a procédé à une enquête à domicile, qui a été effectuée, le 29 mai 2017, par une personne qualifiée pour y procéder, à savoir une infirmière. Cette dernière – comme cela résulte du rapport qu'elle a établi le 26 septembre 2017 – s'est présentée chez la recourante en ayant connaissance des atteintes à la santé affectant cette dernière, tels que diagnostiqués par ses médecins, et elle a acquis sur place une connaissance des conditions de vie concrètes de la recourante, dont elle a recueilli les réponses aux différentes questions pertinentes pour déterminer l'existence et le cas échéant le degré d'une impotence, questions à propos desquelles elle s'est fait aussi ses propres observations. Ledit rapport est rempli de façon complète.

b. Ce rapport fait état des limitations que la recourante rencontrait ou disait rencontrer dans son quotidien, à savoir d'une part pour ses déplacements, pour lesquels l'intimé a admis un besoin d'accompagnement (en dépit de la possibilité, admise par la recourante comme par la psychiatre de cette dernière, de se rendre seule à certains rendez-vous médicaux en transports publics), et d'autre part pour faire les courses, les repas, le ménage et la lessive, activités assumées essentiellement par l'époux ou un fils de la recourante.

Concernant ces activités-ci, force est de relever que le devoir de réduire le dommage incombant à tout assuré, notamment en matière d'AI, comporte celui de recourir à l'aide des membres de la famille pour faire face aux nécessités de la vie dans une mesure raisonnablement exigible, allant cependant au-delà du soutien auquel on peut s'attendre en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; ATF 133 V 504 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3 ; Margrit MOSER-SZELESS, CR LPGA, n. 65 ad art. 16). Or, en l'occurrence, l'époux de la recourante et celui de leurs fils vivant avec eux avaient une large disponibilité, dès lors qu'ils ne travaillaient pas (cf. rapport d'enquête, p. 8 *in initio*), et il n'apparaît pas, en tout état, que l'aide qu'ils apportaient à la recourante pour les activités considérées excédait la mesure exigible de leur part. Il faut ajouter, au titre dudit devoir de réduire le dommage, qu'il peut aussi impliquer que la personne assurée fasse appel à des services de repas à domicile et d'aide-ménagère, ainsi que l'intimé l'a indiqué à la recourante, sans que celle-ci ne donne de suite concrète à l'invitation de mettre en œuvre de tels services (Lettre circulaire AI n° 365 : Prise en compte du ménage dans l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie : adaptation suite à divers arrêts cantonaux, p. 2). Il appert en outre que si la recourante se trouvait sans doute limitée ou ralentie dans l'accomplissement de ces activités, elle n'était pas empêchée de les accomplir. Aussi est-ce à bon droit que l'intimé n'a pas retenu, pour lesdites activités, de limitations susceptibles de justifier une impotence de la recourante.

c. Les avis médicaux versés au dossier jusqu'à la prise de la décision attaquée, notamment à la suite de demandes de rapports de la part de l'intimé, n'apportaient pas à fonder un avis contraire, faute de contenir des données probantes à cet égard.

Ainsi, dans son rapport du 9 décembre 2016, le Dr C_____ n'a fait que de confirmer les indications fournies par la recourante (allant dans le sens qu'elle pouvait accomplir les actes ordinaires de la vie). Quant à lui, le Dr D_____, dans son rapport du 7 février 2017, a fait mention des difficultés de déplacement de la recourante (qu'admettra l'intimé), soutenant pour le surplus la demande présentée par cette dernière de disposer, à titre de moyen auxiliaire, d'un lit électrique à domicile ; or, il n'y a pas impotence si l'utilisation d'un moyen auxiliaire pris en charge par une assurance sociale permet à la personne concernée d'accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne (ATF 117 V 146 ; Stéphanie PERRENOUD, CR LPGA, n. 11 ad art. 9). Sans doute la Dre E_____ a-t-elle indiqué, dans un rapport du 4 septembre 2017, que la recourante avait besoin d'une aide régulière et importante, fournie par son mari, pour les actes ordinaires de la vie (pour préparer à manger, faire le ménage, gérer l'administratif) ; toutefois, non seulement ces indications ne relevaient pas de sa spécialité et ledit médecin n'était pas même au courant de l'hospitalisation de la recourante depuis le 21 août 2017 (puisqu'il a indiqué, dans ce même rapport, que l'état de santé de cette dernière n'avait pas nécessité d'hospitalisations lors des douze derniers mois), mais encore il a reconnu, lors d'un entretien téléphonique du 17 octobre 2017 avec l'intimé, après avoir mieux compris la notion d'impotence au sens de l'AI, que la recourante n'avait jusqu'alors pas besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie, mais pour les tâches administratives et le ménage, et que rien n'avait été mis en place comme encadrement à domicile.

Du dossier constitué auprès de l'intimé pour la demande de rente de l'AI (en particulier du rapport du SMR du 11 mars 2014) ne pouvait et ne saurait se déduire que la recourante était impotente, d'autant moins d'ailleurs que l'examen de cette demande a conduit l'intimé à ne reconnaître qu'un taux d'empêchement de 23 % dans la sphère ménagère alors qu'elle lui attribuait un statut mixte constitué d'un 25 % d'activité professionnelle et d'un 75 % d'activités ménagères (avant de lui reconnaître finalement le statut d'une personne active).

d. Il y a certes dans le dossier des rapports médicaux qui sont susceptibles, non forcément de faire admettre l'existence d'une impotence, mais au moins d'obliger à instruire la question par le biais de demandes de précisions à l'adresse des médecins et d'une nouvelle enquête à domicile (comportant une nouvelle audition de la recourante, voire de ses proches vivant avec elle). Il s'agit d'une part du rapport du Dr D_____ du 21 septembre 2017, qui – quoique axé sur la justification de l'acquisition, à titre de moyen auxiliaire, d'un lit médical électrique – explique que durant les périodes de poussées de sa myosite, la recourante était dans l'impossibilité de se lever d'une position de décubitus sans l'aide d'une tierce personne, et d'autre part du rapport du Dr F_____ du 11 décembre 2017 affirmant, sans explication détaillée, que la recourante dépendait de l'aide d'autrui pour assumer toutes les tâches de la vie quotidienne. Toutefois, ces rapports se réfèrent à une évolution alors récente de l'état de santé de la recourante, à savoir à une

aggravation de son état de santé survenue depuis août 2017, telle que la recourante elle-même l'avait alléguée dans son courrier du 8 novembre 2017 à l'intimé, de même que dans ses écritures adressées à la chambre de céans.

Or, ainsi que l'intimé l'a indiqué notamment dans la décision attaquée elle-même, pour qu'un droit à une allocation pour impotent s'ouvre, il faut qu'un délai de carence d'au moins une année soit échu (art. 42 al. 4 phr. 2 LAI en relation avec les art. 28 al. 1 let. b RAI, 42bis al. 3 LAI et 35 al. 1 RAI ; Stéphanie PERRENOUD, CR LPGA, n. 20 ad art. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 6 et 70 ad art. 42). Ce délai n'était pas échu lorsque l'intimé a rendu la décision attaquée, et c'est l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue qui est déterminant (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1). L'intimé a cependant indiqué clairement qu'il entrerait en matière sur une nouvelle requête d'allocation pour impotent que la recourante présenterait à l'échéance dudit délai de carence, invitant explicitement cette dernière à le faire avec le concours de son médecin traitant. La décision attaquée précise, dans cette perspective, que la demande d'allocation pour impotent était rejetée parce que les conditions d'octroi d'une telle allocation n'étaient « pas encore remplies ».

e. Jamais, au cours de l'instruction de sa requête d'allocation pour impotent, la recourante n'avait indiqué qu'elle avait besoin d'aide pour s'habiller et se déshabiller, se lever et se coucher, et il n'est pas ressorti que tel était le cas lors de l'enquête faite à domicile par l'infirmière de l'intimé.

f. En conclusion, la chambre de céans considère qu'une pleine valeur probante doit être accordée au rapport d'enquête du 26 septembre 2017.

Il n'y a pas lieu de procéder à des investigations complémentaires dans le cadre de la présente procédure. Comme indiqué ci-dessus, des investigations pourraient en revanche se justifier, voire s'imposer, pour traiter une nouvelle requête d'allocation pour impotent que la recourante aurait déposée à l'échéance du délai de carence ou déposerait.

6. Comme l'intimé l'a retenu, pour la période couverte par la décision attaquée, les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent n'étaient pas remplies. La recourante ne présentait un empêchement, sans une aide régulière et importante d'autrui, d'accomplir qu'un seul acte élémentaire de la vie quotidienne, à savoir se déplacer (encore qu'à cet égard une aide de l'époux ou d'un fils n'apparaissait pas inexigible et que, du moins avant août 2017, la recourante parvenait à se rendre seule à certains de ses rendez-vous médicaux en transports publics) ; elle ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent ne serait-ce que d'un degré faible (art. 37 al. 3 RAI). Elle n'avait pas non plus un besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI.

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

7. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, un émolument sera mis à la charge de la recourante, arrêté à son montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

Il n'y a pas matière à allocation d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA).

* * * * *

**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 de Madame A_____.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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