

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/934/2013

ATAS/888/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 août 2013

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur F_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'Association suisse des assurés (ASSUAS) recourant

contre

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

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur F_____ (ci-après l'assuré), né en 1960, de nationalité péruvienne, est arrivé en Suisse en 1984. Divorcé, il habite seul un studio. Il est au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} janvier 1997.
2. En août 2007, l'assuré a déposé une première demande d'allocation pour impotent, laquelle a été rejetée par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) par décision du 7 juillet 2008.
3. Le 12 novembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent, motivée par une aggravation de son état général. Sa demande a été une nouvelle fois rejetée par décision du 23 juin 2010, à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :
 - un rapport rédigé le 15 février 2010 par le Dr G_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré depuis 2005, faisant état des diagnostics suivants : trouble somatoforme d'allure hypochondriaque sévère, trouble anxieux, trouble de la personnalité probable non spécifié, status après cholécystectomie en urgence en janvier 2010 pour cholécystite lithiasique aiguë, capsulite rétractile des deux épaules, fracture sous capitale de l'humérus gauche en décembre 2007, polyarthrose, douleur thoracique pariétale chronique droite, douleur chronique de l'hypochondre droit, microadénome hypophysaire (prolactinome) depuis 1996, épisodes récurrents de tachycardie non précisée depuis 1994, hypothyroïdie substituée, colopathie fonctionnelle comprenant un syndrome de l'angle droit, NASH avec hépatomégalie, cataracte gauche, exotropie intermittente (strabisme), diabète de type 2, hypercholestérolémie traitée, hypertriglycéridémie traitée, céphalées de tension, status après liposuccion abdominale en mai 2005, insuffisance pancréatique exocrine;
 - un rapport complémentaire du 19 avril 2010, ajoutant aux diagnostics déjà évoqués ceux de status après traitement conservateur d'une fracture comminutive de la tête humérale gauche le 11 décembre 2007, d'algoneurodystrophie atypique du membre supérieur gauche, d'état dépressif avec somatisation probable et de trouble panique.; le Dr G_____ qualifiait les limitations fonctionnelles de majeures et les décrivait de la manière suivante : impotence marquée des membres supérieurs avec limitation fonctionnelle dans tous les axes des épaules et faiblesse évolutive des membres inférieurs entraînant un fort ralentissement à la marche, douleurs abdominales constantes ne répondant qu'à des antalgiques majeurs et limitant la mobilité du tronc et limitations dues à une arthroplastie prothétique de l'épaule gauche; le

médecin confirmait une nette aggravation depuis décembre 2007, suite à la fracture de la tête humérale gauche;

- un rapport d'enquête ménagère établi le 4 mai 2010 rappelant les diagnostics principaux (trouble de la personnalité, trouble panique, trouble somatoforme, algoneurodystrophie, une capsulite des deux épaules, amyotrophie des membres inférieurs) et relevant qu'une prothèse totale de l'épaule gauche avait été posée le 14 avril 2010; cette enquête concluait qu'il fallait admettre le besoin d'une aide régulière et importante pour se déplacer à l'extérieur.
- un rapport rédigé le 4 mai 2010 par le Dr H_____ – spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui suivait l'assuré à raison de deux séances par semaine – faisant état de fréquents appels à l'aide de la part de l'assuré et d'une dépendance de plus en plus marquée aux médicaments.

4. Saisi d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a rejeté le 17 novembre 2011 (ATAS/1116/2011) après avoir entendu le Dr G_____, qui avait exprimé l'avis que l'assuré avait bel et bien besoin de l'aide d'autrui pour s'habiller - même en adoptant des habits adéquats (velcro, absence de lacets et boutons) -, pour se lever - vu les douleurs très importantes et le traitement antalgique lourd ayant pour effet de le rendre somnolent et de l'handicaper dans tous les gestes de la vie quotidienne - mais aussi pour couper ses aliments – en raison du manque de force induit par la capsulite rétractile à l'épaule et l'algoneurodystrophie. Le médecin avait ajouté que l'assuré était bien plus handicapé au niveau de l'épaule désormais qu'il ne l'avait été en juillet 2008 et ce, malgré l'opération pratiquée.

La Cour a nié le besoin d'une aide régulière et importante pour se vêtir, se dévêtir et se laver et le besoin d'accompagnement. En revanche, elle a admis le besoin d'une aide régulière et importante pour deux actes ordinaires de la vie, à savoir couper ses aliments et se déplacer à l'extérieur, ce qui ouvrait droit à une allocation pour impotent mais postérieurement seulement à la décision litigieuse (en avril 2011), raison pour laquelle le recours a été rejeté et l'assuré invité à déposer une nouvelle demande.

5. Le 29 août 2012, l'assuré a donc déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent, motivée par une aggravation de son état général.

L'assuré a allégué avoir désormais besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour se vêtir et se dévêtir, pour se lever, s'asseoir et se coucher, pour couper ses aliments, pour ses soins corporels, pour aller aux toilettes, pour se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux.

Il a ajouté avoir également besoin de soins permanents ainsi que d'une surveillance personnelle sous forme d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, de jour comme de nuit.

6. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2012, le Dr G_____ a confirmé l'aggravation de l'état de santé de son patient.
7. Suite à une visite au domicile de l'assuré, le 12 décembre 2012, un rapport d'enquête ménagère a été établi.

L'enquêtrice a rappelé que l'assuré était atteint depuis 1996 d'un prolactinome avec troubles visuels évolutifs, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (antérieur à 2005) et d'un status post-prothèse partielle de l'épaule gauche (depuis 2010) et qu'il souffrait également d'une arthralgie majeure et d'une dépendance à la Péthidine.

L'enquêtrice a nié le besoin d'aide pour se vêtir, se lever, manger, se laver ou encore aller aux toilettes. Elle a en revanche confirmé le besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur.

S'agissant des contacts sociaux, elle a rapporté que l'assuré était totalement autonome pour les entretenir par le biais des moyens de communication actuels – notamment son ordinateur portable, avec lequel il écrivait ses courriers, faisait ses paiements et commandait ses achats – et qu'il maintenait des relations durables avec son voisinage et ses proches.

L'enquêtrice a relevé que l'assuré pouvait compter sur l'aide de ses voisins, de ses proches et de sa concierge et qu'il voyait régulièrement ses amis.

Finalement, l'enquêtrice a conclu que l'assuré n'avait pas besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Selon elle, il n'avait pas non plus besoin de surveillance personnelle.

L'enquêtrice, estimant que l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué depuis l'enquête précédente, menée en mai 2010, a rendu les mêmes conclusions, à savoir qu'elle n'a admis le besoin d'une aide régulière et importante pour seulement un acte ordinaire de la vie.

8. Dans un rapport du 28 janvier 2013, le Dr G_____ a affirmé que l'état de santé de l'assuré s'aggravait lentement.
9. Le 18 décembre 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à une allocation pour impotence.
10. Par courrier daté du 1^{er} février 2013, l'assuré s'y est opposé en reprochant à l'enquêtrice d'avoir minimisé ses handicaps. Il a répété qu'il ne pouvait ni couper

ses aliments - ce que la Cour avait d'ailleurs admis dans son arrêt du 17 novembre 2011 -, ni boutonner ses vêtements, ni lacer ses chaussures ni manipuler une fermeture éclair.

Il a conclu que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible étaient à tout le moins réunies.

11. Par décision du 15 février 2013, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une allocation pour impotent.

Se référant au rapport d'enquête de décembre 2012, l'OAI a considéré que le besoin de l'assuré d'une aide importante et régulière d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'avait pas été démontré, pas plus que la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

12. Par écriture du 19 mars 2013 - complétée le 15 avril 2013 -, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une allocation pour impotent.

Il allègue avoir été victime d'une agression (cambriolage) en septembre 2012.

Il reproche au rapport du 13 septembre 2012 de minimiser ses handicaps alors même que le Dr G_____ a confirmé que son état de santé s'est aggravé et que la situation au niveau de ses membres supérieurs ne s'est pas améliorée, malgré la dernière intervention chirurgicale de 2010.

Le recourant explique qu'il n'a plus de force dans les bras, qu'il ne peut plus soulever de poids, qu'il rencontre des difficultés à marcher, qu'il souffre de chutes de tension, de syncopes et de graves problèmes oculaires.

Il rappelle par ailleurs qu'il n'arrive pas à boutonner ses vêtements ni à manipuler une fermeture éclair à cause du manque de mobilité de ses doigts et de ses mains. Il ajoute qu'il n'est pas capable de couper sa nourriture et qu'il ne peut se déplacer à l'extérieur et établir des contacts sociaux sans l'aide d'une tierce personne. Il ne sort jamais seul. Il précise à cet égard qu'il requiert tout le temps l'aide de ses amis pour effectuer ces actes. S'il venait à ne plus disposer de cette aide, il se laisserait complètement aller ou tenterait à nouveau de mettre fin à ses jours.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 mai 2013, a conclu au rejet du recours.

L'intimé affirme que son enquêtrice est qualifiée, qu'elle a rédigé son rapport en connaissance de cause, en tenant compte de la situation, des empêchements et des handicaps du recourant, sur la base de ses constatations objectives et des informations données par le recourant lui-même. L'intimé juge son rapport clair, motivé et détaillé et estime qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

L'intimé relève que le recourant n'a produit aucun document médical démontrant que son état de santé s'était détérioré.

Quant au cambriolage dont le recourant a été victime, il remonte à septembre 2012, et est donc antérieur à l'enquête menée en décembre 2012.

14. Entendu à titre de témoin le 6 juin 2013, le Dr G_____ a confirmé l'aggravation de l'état de santé de son patient - consistant essentiellement en une augmentation du ralentissement, de la fatigabilité et des troubles de coordination des membres supérieurs – suite à un traumatisme crânien fin 2012. Il a par ailleurs précisé que si l'intervention de 2010 au niveau de l'épaule avait certes permis de stabiliser l'état du recourant, elle ne l'avait en aucun cas amélioré.

Selon le témoin, l'état du recourant est très fluctuant. A titre d'exemple, lorsque l'assuré se rend à sa consultation, il n'arrive à se déshabiller et à se rhabiller qu'une fois sur trois ; le témoin en tire la conclusion que son patient a donc bel et bien besoin d'assistance pour cet acte. A cet égard, le témoin a exprimé l'avis que les moyens auxiliaires suggérés par l'enquêtrice (enfile boutons et chaussures à scratch) ne sauraient suffire à permettre à l'assuré de recouvrer son autonomie, pour la simple et bonne raison qu'ils requièrent malgré tout une dextérité qui fait défaut à son patient.

Le médecin a ajouté que, son patient, compte tenu des fluctuations de son état, et notamment de ses problèmes de coordination, avait assez régulièrement besoin d'aide pour couper ses aliments et les porter à sa bouche.

Pour le surplus, il a confirmé que l'assuré ne peut se déplacer à l'extérieur qu'accompagné.

Le témoin a expliqué que son patient est fortement diminué en raison de son traitement - très lourd - qui comprend notamment des opiacés à très forte dose ; l'autonomie de l'intéressé est influencée tant par ce traitement que par les fluctuations "naturelles" de son état de santé.

15. Quant au recourant, il a souligné qu'il essaie tant que faire se peut de manger des aliments qui ne nécessitent pas de se servir d'un couteau ou de faire appel à quelqu'un.

Par ailleurs, le recourant a allégué que l'enquêtrice ne pouvait tirer aucune conclusion du fait qu'il avait réussi à soulever son ordinateur portable, dont il a précisé qu'il ne pèse que 600 grammes.

Le recourant a indiqué avoir chuté en avril 2013 en raison de ses problèmes d'équilibre, ce qui a entraîné une hospitalisation de trois semaines.

16. Par écriture du 25 juin 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

L'intimé relève que, dans les faits, le recourant s'habille seul au quotidien. Il soutient qu'on peut d'ailleurs exiger de lui qu'il porte des vêtements adaptés et utilise les moyens auxiliaires proposés. Quant aux fluctuations évoquées par le témoin, l'intimé en tire la conclusion que l'on ne peut donc qualifier le besoin d'aide de l'assuré pour s'habiller de « régulier et important ».

Quant à l'acte de se nourrir, l'intimé soutient qu'il est exigible du recourant d'utiliser des aliments prêts à l'emploi ainsi que les moyens auxiliaires qui lui ont été suggérés. Du fait que l'assuré peut porter les aliments à sa bouche et que seuls certains lui posent problème parce qu'il ne peut les couper, l'intimé tire la conclusion que, là encore, le besoin d'aide ne peut être qualifié de « régulier et important ».

17. Par écriture du 27 juin 2013, le recourant a également persisté dans ses conclusions, alléguant qu'au vu du témoignage du Dr G _____, le droit à une allocation pour impotence de degré faible doit lui être reconnu.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à une allocation pour impotent et, dans l'affirmative, de quel degré.
5. a) Selon l'art. 42 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. L'art. 42^{bis} est réservé (al. 1^{er}). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée

comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42^{bis} al. 5 est réservé (al. 3).

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

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

c) Selon la jurisprudence, sont déterminants les six actes ordinaires suivants : 1) se vêtir et se dévêtir, 2) se lever, s'asseoir et se coucher, 3) manger, 4) faire sa toilette (soins du corps), 5) aller aux cabinets et 6) se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts (ATF 124 II 247, 121 V 90 consid. 3a et les références citées).

L'aide est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour. C'est par exemple le cas lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (RCC 1986 p. 510). L'aide est

importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (p. ex. «se laver» en ce qui concerne l'acte ordinaire «faire sa toilette» [Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272]), ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) ou lorsque, en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (p. ex. si la personne souffre de graves lésions cérébrales et que sa vie se trouve réduite à des fonctions purement végétatives de sorte qu'elle est condamnée à vivre au lit et qu'elle ne peut entretenir de contacts sociaux [RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126]).

De manière générale on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Que l'accomplissement des actes ordinaires de la vie soit plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence (RCC 1989 p. 228, 1986 p. 507). En outre, il y a notamment impotence lorsque la personne assurée ne peut elle-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou une prothèse. Il y a également impotence lorsque la personne peut certes s'habiller seule, mais qu'il faut lui préparer ses habits ou qu'il faut contrôler si sa tenue correspond aux conditions météorologiques ou encore qu'elle n'ait pas enfilé ses habits à l'envers (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité établie par l'OFAS [CIIAI], n°8014). Il y a également impotence lorsque la personne assurée peut certes manger seule mais ne peut pas couper ses aliments elle-même, lorsqu'elle ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'elle ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (RCC 1981 p. 364).

d) La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévues à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé. D'après la jurisprudence, la condition du besoin permanent d'aide ou de surveillance est remplie lorsque l'état qui provoque l'impotence est en bonne partie stabilisé et essentiellement irréversible, soit lorsqu'il existe une situation analogue à celle qui permet l'application de l'art. 29 al. 1^{er} let. a LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (droit à une rente d'invalidité en cas d'incapacité de gain permanente). À défaut, on considère que le besoin d'aide ou de surveillance devient permanent lorsque l'impotence a duré une année (art. 29 al. 1^{er} let. b aLAI) sans interruption notable, et qu'elle se poursuivra vraisemblablement. C'est en fonction de ces critères que se détermine donc le début du droit à l'allocation pour impotent (ATF 105 V 67 consid. 2 et les références ; ATFA non publié du 30 septembre 2002, I 43/02, consid. 1 et 2.1).

e) En vertu de l'obligation de réduction du dommage, la personne assurée est tenue de prendre les mesures appropriées et celles que l'on peut raisonnablement attendre d'elle en vue du maintien ou du recouvrement de son indépendance (p. ex. vêtements adaptés à son handicap, souliers à fermeture velcro pour les manchots, moyens auxiliaires, installations auxiliaires). Si elle omet de le faire, on ne pourra tenir compte de l'aide dont elle a alors besoin lors de l'évaluation de l'impotence (ATF non publié 8C_437/2009 du 3 décembre 2009; RCC 1989 p. 228 et 1986 p. 507). Ainsi, il est possible qu'un moyen auxiliaire exclue une impotence (voir cependant RCC 1991 p. 479, où une automobile attribuée par l'AI à des fins professionnelles n'exclut pas pour autant une impotence concernant des trajets privés).

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

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

c) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

7. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif.

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Dans cette hypothèse, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 10 V 114 consid. 2a et b).

Le point de savoir si une telle modification s'est produite doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

8. En l'espèce, l'intimé a décidé d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation déposée par le recourant, de sorte que la Cour de céans se limitera à examiner si la situation entre le 23 juin 2010 - date de la dernière décision de refus - et le 15 février 2013- date de la décision litigieuse - a évolué au point d'ouvrir au recourant le droit à une allocation pour impotent.

On relèvera en premier lieu que les diagnostics sont superposables, le recourant invoquant uniquement une aggravation des limitations fonctionnelles.

a) En 2010 déjà, le recourant alléguait ne pouvoir se vêtir seul, ne pouvoir lacer ses souliers, ni déboutonner ses vêtements, ni manipuler une fermeture à glissière.

Tout comme en 2010, l'enquêtrice a préconisé d'utiliser des chaussures à scratch et un enfile bouton.

Tout comme elle l'a déjà fait dans son arrêt précédent, la Cour rappellera pour sa part qu'en vertu de l'obligation de diminuer le dommage qui lui incombe, le

recourant se doit de porter des vêtements adaptés à son handicap (chaussures sans lacets, hauts sans boutons ou encore pantalon à taille élastique).

Certes, le Dr G_____ a témoigné du fait que son patient avait besoin de l'aide d'autrui pour s'habiller. Cependant, l'affirmation du médecin traitant selon laquelle son patient, même équipé des accessoires ad hoc, ne parviendrait pas à s'habiller ou se déshabiller seul n'emporte pas la conviction. En effet, le recourant lui-même reconnaît que ses difficultés sont limitées (boutons, fermeture à glissière, lacets). Qui plus est, le médecin traitant se contente d'affirmer que son patient aurait besoin d'aide même avec des habits adéquats, sans toutefois apporter d'explication médicale convaincante à ce sujet. On ne voit en effet pas qu'une dextérité particulière soit requise pour enfiler un pantalon à taille élastique, un haut sans boutons ou des chaussures sans lacets.

On regrettera au demeurant que le recourant, malgré les suggestions d'utilisation d'habits adéquats, de chaussures adaptées et de moyens auxiliaires simples qui lui ont été faites en 2010 déjà, n'y ait pas eu recours.

Partant, le besoin d'aide régulière et importante pour se vêtir et se dévêtir ne saurait être considéré comme démontré.

b) La décision rendue en 2010 niait le besoin d'aide pour s'alimenter, bien que certaines difficultés aient été relevées. L'enquêtrice avait alors admis que l'assuré ne pouvait couper ses aliments vu l'immobilisation de son bras gauche par une attelle suite à l'intervention du 14 avril 2010, étant précisé que le port de cette attelle n'était que provisoire.

Dans sa nouvelle demande, le recourant allègue ne pouvoir couper ses aliments.

L'enquêtrice a admis que tel était le cas, mais a estimé que l'assuré demeurait malgré tout autonome puisqu'il se nourrit notamment de plats pré-cuisinés, qu'il arrive à éplucher des fruits et à tartiner ses toasts tout seul. L'enquêtrice, considérant que le besoin d'aide se limitait à certains aliments, en a tiré la conclusion que le besoin d'aide régulière et importante ne pouvait être admis et a proposé des couteaux adaptés pour améliorer son autonomie.

C'est cependant faire peu de cas du fait que l'assuré souffre non seulement d'un status post-prothèse partielle de l'épaule gauche - dont il a été précisé qu'elle n'avait pas permis d'améliorer la situation -, mais également d'une antalgie majeure et d'une algoneurodystrophie entraînant, ainsi qu'en a témoigné le médecin traitant, une perte de force conséquente (étant rappelé que le recourant est gaucher).

Certes, ainsi que cela a été rappelé plus haut, une obligation de réduire le dommage incombe à l'assuré. On ne saurait cependant sérieusement attendre du recourant qu'il se nourrisse désormais exclusivement de plats pré-cuisinés et sans

consistance. La Cour de céans avait d'ailleurs déjà admis, en 2011, le besoin d'aide régulière pour ce poste. On peut en effet présumer que le recourant rencontre en effet au moins une fois par jour des difficultés à couper ses aliments, même si tous ne lui posent pas les mêmes problèmes. Or, le fait de couper ses aliments constitue une fonction partielle de l'acte ordinaire « manger », de sorte que l'aide doit également être qualifiée d'importante.

Partant, le besoin d'aide régulière et importante pour se nourrir doit être considéré comme démontré.

c) En 2010, le recourant pouvait se laver seul.

Pour ce qui est de la situation actuelle, le Dr G _____ n'a soulevé aucun problème concernant l'accomplissement de cet acte par le recourant. Ce dernier a quant à lui déclaré avoir besoin d'aide pour entrer et sortir de sa baignoire ainsi que pour se frotter de la tête aux pieds – il ne peut se pencher en raison de ses vertiges. A cet égard, le recourant a refusé d'essayer d'utiliser une planche en bois sur laquelle il pourrait s'asseoir, au motif que c'est "inutile". Alors qu'en 2010 déjà l'intimé, par le biais de son enquêtrice, avait préconisé l'utilisation d'une brosse à manche – proposition réitérée en 2012 – le recourant n'a apparemment pas mis en œuvre ces conseils, pas plus qu'il n'a transformé sa baignoire en douche, comme il disait l'envisager en 2008 déjà.

Par ailleurs, même si l'utilisation d'un moyen auxiliaire ne garantit pas que le recourant puisse se frotter régulièrement le dos, cela ne saurait cependant suffire pour conclure à un empêchement de se laver, étant rappelé que le fait que l'accomplissement de cet acte ordinaire de la vie soit rendu plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence.

Partant, la Cour considère que le recourant n'a pas besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour se laver.

d) Enfin, il n'est pas contesté que le recourant a en revanche un besoin régulier et important de l'aide d'autrui pour se déplacer à l'extérieur.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotence de degré faible sont à tout le moins réunies puisque le recourant se voit reconnaître le besoin d'une aide régulière et importante pour deux actes ordinaires de la vie : manger et se déplacer à l'extérieur.

9. a) Il faut à présent examiner si le recourant a besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Dans l'affirmative, il pourra en effet se voir reconnaître le droit à une allocation pour impotent de degré moyen.

b) Selon la jurisprudence, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est accordé aux assurés qui, pour des raisons de santé, ne peuvent vivre de manière autonome qu'avec l'aide d'une tierce personne (arrêt non publié du 21 juillet 2008, 9C_28/2008). L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ATF 133 V 450, consid. 9).

En l'espèce, l'enquêtrice a relevé qu'il n'y avait pas de changement par rapport à l'enquête menée en 2010.

A l'époque, elle avait estimé le besoin d'aide de l'assuré à 30 minutes par semaine en moyenne pour pouvoir continuer à vivre de manière indépendante (il devait s'adresser à son assistante sociale pour traiter ses papiers une fois tous les quinze jours en moyenne mais s'occupait en revanche de payer ses factures par e-banking, choisissait ses aliments, planifiait ses visites et ses rendez-vous médicaux sur Internet, entretenait une hygiène correcte et tenait bien son appartement). L'enquêtrice avait admis une heure supplémentaire par semaine pour accompagner l'assuré dans ses activités et contacts extérieurs (besoin surtout justifié par les pathologies physiques [amyotrophie des membres inférieurs, asthénie, perte d'équilibre] mais aussi par des troubles paniques sporadiques).

Pour le surplus, l'enquêtrice avait estimé inutile la présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable, vu que le recourant voyait régulièrement des amis.

A cet égard, il apparaît effectivement que la situation ne semble pas avoir évolué. Le recourant ne l'allègue d'ailleurs pas, pas plus que son médecin.

C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a nié l'existence d'un besoin d'accompagnement au sens des art. 37 al. 3 let. e RAI et 38 al. 1 RAI.

10. Au vu de ce qui précède, il apparaît que les conditions pour reconnaître à l'assuré le droit à une allocation pour impotent de degré faible sont réunies. Il convient encore d'examiner à partir de quand.

a) En vertu de l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40 al. 1^{er} de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS ; RS 831.10) ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite.

La naissance du droit est régie par l'art. 35 al. 1 RAI, qui la fixe au premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées.

b) L'art. 48 al. 1 LAI précise par ailleurs que si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA n'est allouée que pour les douze mois précédant la demande.

c) En l'espèce, il apparaît que le besoin d'aide pour l'accomplissement d'un deuxième acte ordinaire (celui de couper ses aliments) ne s'est manifesté que suite à l'opération du 14 avril 2010, date à partir de laquelle le recourant n'est plus arrivé à couper seul ses aliments, nonobstant la pose d'une prothèse et le retrait, plus tard, de l'attelle.

Le droit à une allocation pour impotent de degré faible s'est donc ouvert au plus tôt au mois d'avril 2010.

Le recourant n'a cependant déposé sa nouvelle demande que le 29 août 2012, soit plus de douze mois plus tard. L'allocation pour impotent ne peut donc lui être versée rétroactivement que depuis le 29 août 2011.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est admis.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Reconnaît au recourant le droit au versement d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 29 août 2011.
4. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de calculer le montant des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser la somme de 2'000 fr. au recourant à titre de dépens
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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