

Allocation pour impotence,
rapport d'enquête, valeur
probante, début du droit

**Art. 9 LPGA ; 43^{bis} et 46
LAVS ; 42 LAI ; 37 RAI**

Le litige porte sur le droit d'un assuré à une allocation pour impotent (de degré grave), ainsi que sur le début du droit à l'allocation.

En ce qui concerne tout d'abord la **valeur probante d'un rapport d'enquête de l'office AI** pour l'évaluation du degré d'impotence, le TF rappelle qu'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. **Pour le TF, un rapport peut être probant même si l'assuré n'est pas présent lors de la visite à son domicile.**

Au surplus, selon la jurisprudence constante du TF, la nécessité d'administrer quotidiennement des médicaments ne fait pas partie de l'acte « manger » ; elle doit plutôt être prise en compte lorsqu'il s'agit de déterminer si la personne assurée présente un besoin de soins permanents. **L'acte ordinaire de la vie « manger » comprend l'aide consistant à apporter un des repas principaux au lit en raison de l'état de santé de la personne assurée.** En revanche, le fait de devoir reporter l'heure du petit-déjeuner parce que l'assuré ne peut pas se mettre à table avant 10 heures ne permet pas de retenir un besoin d'aide pour accomplir l'acte « manger ».

Il est précisé finalement, concernant le début du droit à l'allocation pour impotent, que **si l'assuré fait valoir son droit à une allocation pour impotent plus de douze mois après la naissance du droit**, l'allocation ne lui est versée que pour les douze mois qui ont précédé sa demande. Des arriérés sont alloués pour des périodes plus longues si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations et s'il présente sa demande dans un délai de douze mois à compter du moment où il en a eu connaissance.

Pour admettre la présence de faits ouvrant droit à des prestations que l'assuré ne pouvait pas connaître, il faut qu'un état de fait objectivement donné ouvrant droit à des prestations n'ait pas été reconnaissable ou que la personne assurée ait été empêchée pour cause de maladie malgré une connaissance adéquate de déposer une demande ou de charger quelqu'un du dépôt de la demande.

Auteur : Charles Poupon, avocat à Delémont

Recours contre l'arrêt de la Cour de justice de la République et canton de Genève du 26 mars 2024 (A/1923/2023 ATAS196/2024).

Faits :

A.

Au bénéficiaire d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, A., né en 1937, a sollicité une allocation pour impotent, en février 2022. Entre autres mesures d'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'office AI) a sollicité des renseignements auprès du docteur B., spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré (rapport du 20 mai 2022). Par décision du 21 juin 2022, HOTELA Caisse de compensation AVS (ci-après : HOTELA ou la caisse de compensation) a ensuite reconnu le droit de A. à une allocation pour impotent de degré faible à partir du 1er février 2021. Après que le prénommé s'est opposé à cette décision le 13 août 2022, l'office AI

a notamment diligenté une enquête à domicile. Dans son rapport du 20 février 2023, l'enquêtrice a fait état d'un besoin d'aide régulière et importante d'autrui pour quatre des six actes ordinaires de la vie (à savoir "se vêtir/se dévêtir" et "se lever/s'asseoir/se coucher/changer de position" depuis janvier 2018, "faire sa toilette" à compter de janvier 2019 et "aller aux toilettes" dès septembre 2021). Par décision sur opposition du 24 mai 2023, HOTELA a octroyé à l'assuré une allocation pour impotent de degré faible à partir du 1er février 2021, puis de degré moyen dès le 1er décembre 2021.

B.

Statuant le 26 mars 2024 sur le recours formé par A. contre cette décision, la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, l'a rejeté.

C.

A. interjette un recours en matière de droit public contre cet arrêt. Il conclut à l'annulation du rapport d'enquête à domicile. Il sollicite également que les actes "se déplacer/entretenir des contacts avec autrui" et "manger" soient inclus dans la liste des actes ordinaires de la vie pour lesquels il présente un besoin d'aide d'autrui à compter du 1er janvier 2018. L'assuré demande également que son besoin d'aide pour accomplir l'acte "aller aux toilettes" soit pris en compte à partir du 1er janvier 2019.

L'office AI conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit :

1.

1.1. Même si le recourant se limite à prendre des conclusions cassatoires, sans indiquer formellement ce qu'il entend obtenir sur le fond de la cause, son recours en matière de droit public, qui se caractérise comme un recours en réforme (art. 107al.2 LTF), est recevable. Les conclusions doivent en effet être interprétées selon le principe de la confiance, à la lumière de la motivation du recours (ATF 137 III 617 consid. 6.2 et les références). Au vu des motifs présentés, on peut comprendre que le recourant critique l'évaluation de son impotence et sollicite la reconnaissance de son droit à une allocation pour impotent (de degré grave) antérieurement au 1er février 2021. Partant, il y a lieu d'entrer en matière sur le recours, les autres conditions de recevabilité ne prêtant pas à discussion.

1.2. En vertu de l'art. 99 al. 1 LTF, aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut en principe être présenté devant le Tribunal fédéral (ATF 135 I 221 consid. 5.2.4; 133 IV 342 consid. 2.1). Est en particulier exclue la présentation de vrais faits nouveaux (vrais nova), à savoir des faits qui se sont produits postérieurement à la décision attaquée, dans les procédures de recours au Tribunal fédéral (ATF 139 III 120 consid. 3.1.2; 133 IV 342 consid. 2.1). Il s'ensuit que le rapport du docteur C., spécialiste en neurologie, du 24 avril 2024, postérieur à l'arrêt attaqué (du 26 mars 2024), est d'emblée irrecevable.

2.

Le recours en matière de droit public peut être interjeté pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il statue par ailleurs sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF), sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). Le recourant qui entend s'en écarter doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l'art. 105 al. 2 LTF sont réalisées sinon un état de fait divergent ne peut pas être pris en considération.

3.

3.1. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une allocation pour impotent (de degré grave), ainsi que sur le début du droit à l'allocation (versement antérieurement au 1er février 2021 déjà).

3.2. Dans le cadre du "développement continu de l'AI", la LAI, le RAI et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020, RO 2021 705; FF 2017 2535). Quant à la LAVS - en particulier -, elle a été modifiée dans le cadre de la révision "AVS 21" (modification du 17 décembre 2021, RO 2023 92; FF 2019 5979), entrée en vigueur le 1er janvier 2024. Comme ces modifications n'ont pas d'effet sur la présente cause, il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur d'éventuels aspects de droit transitoire.

3.3. L'arrêt entrepris expose de manière complète les dispositions légales et les principes jurisprudentiels relatifs notamment à la notion d'impotence (art. 9 LPGA) et aux conditions légales du droit à une allocation pour impotent (art. 43bis LAVS, art. 42 LAI et 37 RAI), ainsi qu'à la valeur probante des rapports d'enquête pour l'évaluation du degré d'impotence (ATF 130 V 61 consid. 6 et les arrêts cités). Il suffit d'y renvoyer.

3.4. L'interprétation et l'application correctes de la notion juridique de l'impotence, ainsi que les exigences relatives à la valeur probante de rapports d'enquête au domicile de l'assuré relèvent de questions de droit, que le Tribunal fédéral examine librement (art. 95 let. a LTF). Les constatations de la juridiction cantonale relatives aux limitations fonctionnelles de la personne assurée pour accomplir certains actes ordinaires de la vie, fondées sur le résultat d'examens médicaux et sur un rapport d'enquête à domicile ayant valeur probante, constituent en revanche des questions de fait, soumises au Tribunal fédéral sous un angle restreint (art. 105 al. 2 LTF; cf. ATF 132 V 393 consid. 3.2; arrêt 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 1.2 et les arrêts cités).

4.

Après avoir admis que le recourant nécessitait des soins permanents, la juridiction cantonale a examiné s'il présentait un besoin d'aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie, ce qu'elle a nié. En se fondant sur le rapport d'enquête à domicile du 20 février 2023, les premiers juges ont en effet constaté qu'un besoin d'aide régulière et importante ne pouvait pas être admis pour l'acte "manger". En conséquence, ils ont considéré que l'assuré ne remplissait pas les conditions posées par l'art. 37 al. 1 RAI pour se voir reconnaître le droit à une allocation pour impotent de degré grave. L'instance précédente a ensuite admis que c'était à bon droit que l'intimée avait reconnu le droit du recourant à une allocation pour impotent dès le 1er février 2021 (à savoir une allocation pour impotent de degré faible d'abord, puis de degré moyen dès le 1er décembre 2021; cf. art. 88a al. 2 RAI, en relation avec l'art. 35 al. 2 RAI), compte tenu du dépôt de la demande de prestations en février 2022 (cf. art. 46 al. 2, 1re phrase, LAVS).

5.

5.1. S'agissant d'abord de l'évaluation de son degré d'impotence, le recourant reproche aux juges précédents de s'être fondés sur le rapport d'enquête à domicile du 20 février 2023, pour nier qu'il présentât un besoin d'aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie. Il critique en substance la valeur probante de cette pièce en se prévalant du fait que l'enquête a été réalisée à son domicile alors même qu'il n'était pas présent en raison d'une hospitalisation.

5.2. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, on rappellera que selon la jurisprudence - dûment citée par la juridiction cantonale et à laquelle le recourant se réfère -, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en

outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 130 V 61 consid. 6; 128 V 93; cf. arrêt 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2).

5.3. En se limitant à affirmer que l'enquêtrice n'a pas tenu compte des indications de la personne assurée car elle "n'a, [à] aucun moment eu le moindre contact avec [s]a personne", l'assuré ne met pas en évidence que le rapport d'enquête à domicile contiendrait des erreurs manifestes. Ses allégations selon lesquelles l'enquête repose uniquement sur les explications de son épouse ("qui ne s'exprime pas bien en français") et de son fils (avec lequel l'enquêtrice "a échangé brièvement, sans pour autant rentrer dans les détails") ne suffisent pas à remettre en cause la valeur probante de la pièce en cause (comp. arrêt 9C_149/2023 du 5 juillet 2023 consid. 8.2). Elles n'établissent en effet pas que l'enquêtrice n'aurait pas eu une connaissance adéquate de la situation locale et spatiale ou des empêchements et des handicaps de l'intéressé résultant des diagnostics médicaux. En particulier, en affirmant que l'enquêtrice a mentionné qu'il peut appeler de l'aide en cas de besoin car il a toute sa tête, "le tout sans même voir [s]a tête", l'assuré ne démontre pas que le rapport serait entaché d'un vice manifeste. À cet égard, l'enquêtrice a constaté que le recourant n'était jamais seul à son domicile car son épouse vivait avec lui dans un logement sécurisé, avec la possibilité de tirer une manette en cas de chute (rapport d'enquête à domicile du 20 février 2023, ch. 3.1 et 7.1, p. 2 et 7), ce que l'assuré ne conteste du reste pas. Partant, au vu des arguments avancés, il n'y a pas lieu de s'écarter de la considération de l'instance précédente, selon laquelle une nouvelle visite à domicile de l'infirmière évaluatrice avec la présence de l'assuré suivie d'un nouveau rapport d'évaluation n'eût pu avoir une quelconque influence sur l'issue du présent litige.

5.4. Le recourant ne peut pas davantage être suivi lorsqu'il allègue qu'il présente un besoin d'aide importante et régulière d'autrui pour manger. Il fait valoir à ce propos que les "gestes nécessaires pour avaler un médicament et ensuite boire de l'eau" feraient partie de l'acte "manger". L'argumentation de l'assuré est mal fondée. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la nécessité d'administrer quotidiennement des médicaments ne fait pas partie de l'acte "manger"; elle doit bien plutôt être prise en compte lorsqu'il s'agit de déterminer si la personne assurée présente un besoin de soins permanents (ATF 116 V 41 consid. 6b et les arrêts cités). Or à cet égard, il ressort des constatations de l'instance précédente, non contestées par le recourant, que la caisse de compensation intimée a admis que l'assuré présentait un besoin de soins permanents, compte tenu précisément de la nécessité que son épouse lui donne chaque matin son premier comprimé du médicament "Madopar".

C'est également en vain que le recourant se prévaut du fait que son épouse lui sert son petit-déjeuner au lit afin qu'il ne soit pas obligé d'attendre 10 heures, soit l'heure à partir de laquelle le médicament "Madopar" fait effet et lui permet de pouvoir se mettre à table. Certes, comme le fait valoir l'intéressé, l'acte ordinaire de la vie "manger" comprend l'aide consistant à apporter un des repas principaux au lit en raison de l'état de santé de la personne assurée (cf. arrêt 9C_346/2010 du 6 août 2010, consid. 3 et 5). En revanche, le fait de devoir reporter l'heure du petit-déjeuner parce que l'assuré ne peut pas se mettre à table avant 10 heures ne permet pas retenir un besoin d'aide pour accomplir l'acte "manger", puisque ce n'est pas le fait de manger qui est concerné par l'aide, mais celui de pouvoir se mettre à table, lequel fait partie de l'acte ordinaire de la vie "se lever/s'asseoir/se coucher". À cet égard, le recourant ne conteste pas que la caisse de compensation et à sa suite, les premiers juges, ont admis qu'il présentait un besoin d'aide régulière et importante d'autrui pour "se lever/s'asseoir/se

coucher/changer de position" depuis janvier 2018. Il ne conteste pas non plus les constatations cantonales relatives à l'acte "manger", selon lesquelles une aide d'autrui est nécessaire uniquement pour couper la nourriture dure. Or une telle aide n'est pas suffisante pour admettre une impotence en lien avec l'acte ordinaire de la vie "manger" (cf. arrêts 9C_138/2022 du 3 août 2022 consid. 4.2.3; 8C_30/2010 du 8 avril 2010 consid. 6.2).

5.5. Dans la mesure où le recourant ne présente pas un besoin d'aide importante et régulière d'autrui pour accomplir l'acte "manger", il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les griefs qu'il soulève en relation avec un éventuel besoin d'aide s'agissant de l'acte "se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux". En effet, aux termes de l'art. 37 al. 1 RAI, le droit à une allocation pour impotent de degré grave présuppose que l'assuré présente un 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, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence (consid. 5.4 supra).

5.6. En tant que le recourant affirme finalement qu'il présente un besoin d'aide importante d'autrui pour accomplir l'acte "aller aux toilettes" depuis le 1er janvier 2019 (et non pas seulement à compter de septembre 2021), il présente une argumentation appellatoire que le Tribunal fédéral n'a pas à examiner (cf. ATF 140 III 264 consid. 2.3). Pour ce motif déjà, il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de la conclusion des premiers juges selon laquelle l'assuré n'a pas droit à une allocation pour impotent de degré moyen avant le 1er décembre 2021. Le recours est mal fondé sur ce point.

6.

6.1. Concernant ensuite le début du droit à l'allocation pour impotent, on rappellera que conformément à l'art. 46 al. 2 LAVS, si l'assuré fait valoir son droit à une allocation pour impotent plus de douze mois après la naissance du droit, l'allocation ne lui est versée, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, que pour les douze mois qui ont précédé sa demande. Des arriérés sont alloués pour des périodes plus longues si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations et s'il présente sa demande dans un délai de douze mois à compter du moment où il en a eu connaissance.

6.2. En ce qu'il affirme que le fait qu'il ne pouvait pas se déplacer auprès des différents offices des assurances sociales et associations pour les personnes âgées a rendu la probabilité qu'il puisse avoir connaissance de son droit aux prestations quasiment nulle, l'assuré ne démontre pas une violation de l'art. 46 al. 2 LAVS. En effet, pour admettre la présence de faits ouvrant droit à des prestations que l'assuré ne pouvait pas connaître, au sens de l'art. 46 al. 2, 2e phrase, LAVS, il faut qu'un état de fait objectivement donné ouvrant droit à prestations n'ait pas été reconnaissable ou que la personne assurée ait été empêchée pour cause de maladie malgré une connaissance adéquate de déposer une demande ou de charger quelqu'un du dépôt de la demande (ATF 139 V 289 consid. 4.2; 102 V 112 consid. 1a; cf. aussi arrêt 9C_265/2016 du 16 août 2016 consid. 5). Or à cet égard, l'assuré n'établit pas - pas plus qu'il ne l'allègue - qu'il n'aurait pas été en mesure de connaître ses propres problèmes de santé et les autres circonstances qui pouvaient le cas échéant lui donner droit à une allocation pour impotent, comme l'ont dûment retenu les juges précédents. Il ne conteste en particulier pas la constatation des premiers juges selon laquelle il disposait de l'entier de ses facultés mentales. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter du principe selon lequel lorsque l'assuré fait valoir son droit à une allocation pour impotent plus de douze mois après la naissance du droit, l'allocation ne lui est versée que pour les douze mois qui ont précédé sa demande (art. 46 al. 2, 1re phrase, LAVS), en l'occurrence dès le 1er février 2021. À cet égard, l'assuré ne s'en prend pas aux constatations cantonales, selon lesquelles il a déposé sa demande de prestations le 17 février 2022. Le recours est mal fondé sur ce point également.

7.

En conclusion, en niant que le recourant présentât une impotence grave et en confirmant la décision sur opposition querellée, la juridiction cantonale n'a pas violé le droit fédéral, ni constaté les faits de manière manifestement inexacte ou apprécié arbitrairement les preuves. Le recours est mal fondé.

8.

Vu l'issue de la procédure, le recourant doit supporter les frais y afférents (art. 66 al. 1 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr., sont mis à la charge du recourant.

3.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, à la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, et à l'Office fédéral des assurances sociales.