

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1923/2023

ATAS/196/2024

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 mars 2024**

**Chambre 2**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

contre

**HOTELA**  
représentée par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU  
CANTON DE GENÈVE

intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny Favre et Christine TARRIT-DESHUSSES,**  
**Juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

- A. a.** Le 17 février 2022, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en \_\_\_\_\_ 1937, marié, au bénéfice d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après : AVS), a déposé une demande d'allocation pour impotent (ci-après : API) de l'AVS.

Il indiquait souffrir, comme atteintes à la santé, d'une maladie de Parkinson (depuis environ 18 ans), d'une hypertension artérielle, d'une « anémie nomochrome normocytaire » et d'un œdème pulmonaire.

**b.** Dans le cadre de cette demande, ont, pour l'AVS, été recueillis par l'office cantonal des assurances sociales (ci-après : OCAS), plus précisément l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'office), en particulier les renseignements suivants : un rapport de l'Institution genevoise de maintien à domicile (ci-après : IMAD), signé le 20 avril 2022 par une responsable d'équipe et un ergothérapeute ; une liste des prestations dispensées entre octobre 2020 et juin 2022 par l'IMAD ; un rapport (questionnaire préimprimé complété) du 20 mai 2022 du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin généraliste traitant.

**c.** Par « décision AVS » du 21 juin 2022 et conformément à une prise de position motivée de l'OAI du 10 juin 2022, C\_\_\_\_\_, la caisse de compensation AVS de l'intéressé (ci-après : la caisse de compensation ou l'intimée) a octroyé à celui-ci une API de degré faible à partir du 1<sup>er</sup> février 2021, avec versement rétroactif.

Selon l'office, et comme cela ressortait des éléments en sa possession, l'assuré avait besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour les actes ordinaires de la vie suivants : « se vêtir/se dévêtir » et « se déplacer et entretenir des contacts sociaux avec autrui » depuis janvier 2018, et « faire sa toilette » à compter de janvier 2019. À cela s'ajoutait le besoin d'aide pour l'administration de médicaments. En outre, la demande (du 17 février 2022) étant tardive, l'API ne pouvait être octroyée que pour les douze mois précédant son dépôt.

**d.** Le 13 août 2022, l'assuré a formé opposition contre cette décision, alléguant avoir « besoin d'une aide permanente d'autrui » également pour « se lever/s'asseoir/se coucher », « aller aux toilettes » et « manger », donc pour les six actes ordinaires de la vie.

**e.** Complétant l'instruction du cas, l'OAI a reçu les renseignements suivants : une « lettre de sortie des soins aigus » établie le 28 septembre 2022 par le département de réadaptation et gériatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) à la suite d'un séjour du 16 au 23 septembre 2022 au motif d'un « malaise », le diagnostic principal étant une « lipothymie sur orthostatisme dans un contexte de maladie de Parkinson » ; une liste des prestations dispensées entre novembre 2022 et mai 2023 par l'IMAD ; un rapport (questionnaire préimprimé

---

complété) du 17 novembre 2022 du Dr B\_\_\_\_\_, qui confirmait le besoin d'aide tel que retenu par l'OAI dans sa prise de position motivée du 10 juin 2022 (« se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux avec autrui », de même que la nécessité de « soins permanents »), et indiquait au surplus que le patient pouvait voir son impotence améliorée par un déambulateur et que le pronostic allait en s'aggravant ; une « lettre de sortie des soins aigus » établie le 9 février 2023 par le service de cardiologie des HUG à la suite d'un séjour du 18 janvier au 7 février 2023 au motif de « surveillance respiratoire », le diagnostic principal étant un « œdème aigu du poumon dans un contexte d'insuffisance mitrale sévère et maladie coronarienne tritronculaire (18.01.2023) », avec en annexe un rapport de « coronarographie et angioplastie » de ce même service ; une « lettre de sortie des soins aigus » établie le 23 février 2023 par le service de cardiologie des HUG à la suite d'un séjour du 18 janvier au 7 février 2023 au motif de « mise en place d'un remplacement valvulaire par Mitraclip le 15.02.23 », le diagnostic principal étant la « pose de Mitra clip le 15.02 pour une insuffisance mitrale sévère excentrique sur prolapsus du feuillet antérieur, flail du feuillet antérieur au niveau de A2, sans rupture de cordage ».

**f.** En parallèle, le 20 février 2022, une infirmière évaluatrice AI a établi un rapport d'évaluation, faisant suite à une visite à domicile du même jour et avec la précision que « l'assuré était à nouveau hospitalisé le jour de la visite au domicile, sans annulation du rendez-vous, l'entretien [avait] été mené au domicile de l'assuré avec son épouse et son fils en ligne par vidéo ».

À teneur de ce rapport, les atteintes à la santé étaient la maladie de Parkinson et une insuffisance cardiaque ; l'intéressé avait besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour les actes ordinaires de la vie suivants : « 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, mais pas pour « se déplacer et entretenir des contacts sociaux avec autrui », ni pour « manger ». Pour le reste, l'assuré n'avait pas besoin, en raison de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, ni de soins permanents, ni d'une surveillance personnelle.

**g.** Par décision sur opposition rendue le 24 mai 2023 et conformément à une prise de position motivée de l'OAI du 11 mai précédent, la caisse de compensation a retenu un degré d'impotence faible à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et, à la suite d'une aggravation de l'état de santé à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2021, moyen dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021, et a octroyé à l'intéressé depuis cette dernière date une API de degré moyen, avec versement rétroactif, la décision – initiale – du 21 juin 2022 étant annulée (recte : réformée) dans cette mesure.

Était désormais retenu par l'office le besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour les quatre actes ordinaires de la vie suivants : « 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, mais plus pour « se déplacer et entretenir des contacts sociaux avec autrui », ni pour « manger ». À cela s'ajoutait la nécessité d'une aide pour la prise de médicaments.

- B. a.** Par acte expédié le 8 juin 2023 au greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), l'assuré a interjeté recours contre cette décision sur opposition. Concluant à son annulation, il sollicitait une API de degré grave, ainsi que le droit à une API à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 (après le délai d'attente d'une année), un manque d'information à son égard justifiant qu'il n'ait pas déposé sa demande d'API plus tôt.

C'était d'après lui le 22 novembre 2021 que les HUG avaient informé son fils ainsi que son médecin traitant de l'existence de ce droit, qu'il avait exercé le 17 février 2022 (soit moins de douze mois après en avoir eu connaissance). Par ailleurs, c'était à tort que l'infirmière évaluatrice AI n'avait pas admis le besoin d'une aide régulière et importante d'autrui, dès janvier 2018, pour « se déplacer et entretenir des contacts sociaux avec autrui » de même que pour « manger ». Étaient produites des photographies montrant son visage et, avec une blessure (apparemment relativement superficielle) saignante, son genou droit.

**b.** Par réponse de l'OAI du 3 juillet 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours.

**c.** Par réplique du 4 septembre 2023, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours, produisant en outre un rapport de « consultation initiale de gériatrie communautaire » du service de médecine de premier recours des HUG du 22 novembre 2021.

### **EN DROIT**

- 1.** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 1 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10).

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

- 2.** À teneur de l'art. 1 al. 1 LAVS, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AVS « réglée dans la première partie », à moins que la loi n'y déroge expressément.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Interjeté dans la forme et le délai – de 30 jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
4. L'objet du litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une API de degré grave plutôt que moyen et depuis quand le droit à cette prestation est ouvert.
5. Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) sont entrées en vigueur (développement de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et les références).

En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, dès lors que l'objet du litige porte sur l'octroi d'une API dont le droit éventuel serait né avant cette date, la législation de l'AI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 reste par conséquent applicable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_31/2023 du 25 mai 2023 consid. 3.2).

Il en va *a fortiori* de même pour la disposition topique de la LAVS applicable, soit l'art. 43bis LAVS, étant donné que la modification du 17 décembre 2021 (AVS 21), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024 (RO 2023 92 ; FF 2019 5979), n'a pas prévu de dispositions transitoires au sujet de l'API.

Les articles applicables en matière d'AI et d'AVS, seront donc cités ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, respectivement 31 décembre 2023.

## 6.

**6.1** Selon l'art. 43bis LAVS, ont droit à l'API les bénéficiaires de rentes de vieillesse – comme en l'occurrence le recourant – ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui présentent une impotence (art. 9 LPGA) grave, moyenne ou faible. La rente de vieillesse anticipée est assimilée à la perception d'une rente de vieillesse (al. 1). Le droit à une API faible est supprimé lors d'un séjour dans un home (al. 1bis). L'allocation mensuelle pour impotence grave s'élève à 80 %, celle pour impotence moyenne à 50 % et celle pour impotence faible à 20 % du montant minimal de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34 al. 5 LAVS (al. 3). La LAI s'applique par analogie à l'évaluation de l'impotence. Il incombe aux offices

de l'AI de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation. Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires (al. 5).

En vertu de l'art. 66bis al. 1 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), l'art. 37 al. 1, 2 let. a et b et 3 let. a à d RAI est applicable par analogie à l'évaluation de l'impotence.

**6.2** Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA). Ces actes sont ceux que la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA désignait par « actes ordinaires de la vie » (Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 10 ad art. 42 LAI). L'art. 9 LPGA n'a pas conduit à un changement de la jurisprudence relative à l'évaluation de l'impotence développée à propos de l'ancien art. 42 al. 2 LAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H.66/04 du 9 août 2004 consid. 2.1 et 2.2 et la référence).

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

Le degré d'impotence se détermine en fonction du nombre d'actes (associés éventuellement à une surveillance personnelle permanente ou à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie) pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire (cf. art. 37 RAI). L'évaluation du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie constitue donc une appréciation fonctionnelle ou qualitative de la situation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.2 et la référence).

**6.3.1** L'art. 37 al. 1 RAI prescrit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

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

Pour être permanents, il n'est pas nécessaire que les soins soient fournis 24 heures sur 24 : ils ne doivent simplement pas être occasionnés par un état temporaire (par exemple par une maladie intercurrente), mais être entraînés par une atteinte qui puisse être présumée permanente ou de longue durée. L'exigence de soins ou de surveillance ne s'applique pas aux actes ordinaires de la vie, mais concerne plutôt des prestations d'aide médicale ou infirmière requises en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré (ATF 106 V 153 consid. 2a). Par « soins permanents », il faut entendre, par exemple, la nécessité de donner des médicaments ou de mettre un pansement chaque jour (ATF 107 V 136 consid. 1b).

**6.3.2** L'art. 37 al. 2 RAI stipule que l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

On est en présence d'une impotence de degré moyen au sens de la let. a lorsque l'assuré doit recourir à l'aide de tiers pour au moins quatre actes ordinaires de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_560/2017 du 17 octobre 2017 consid. 2 et la référence).

Selon la jurisprudence, la notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI, qui est traduite en temps destiné à apporter de l'aide supplémentaire (cf. art. 39 al. 3 RAI), ne se confond pas avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré aux traitements et aux soins de base, si bien que des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et les références).

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

**6.3.3** L'art. 37 al. 3 RAI dispose que l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; de services

considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

## **6.4**

**6.4.1** Selon la jurisprudence, les actes élémentaires de la vie quotidienne se répartissent en six domaines : 1. se vêtir et se dévêtir ; 2. se lever, s'asseoir et se coucher ; 3. manger ; 4. faire sa toilette (soins du corps) ; 5. aller aux toilettes ; 6. se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 et les références).

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

Par ailleurs, il n'y a aucune raison de traiter différemment un assuré qui n'est plus en mesure d'accomplir une fonction (partielle) en tant que telle ou ne peut l'exécuter que d'une manière inhabituelle et un assuré qui peut encore accomplir cet acte, mais n'en tire aucune utilité (ATF 117 V 151 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.43/02 du 30 septembre 2002 consid. 1 et 2.1).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart des fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide directe ou indirecte d'autrui, d'une manière régulière et importante, que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires. En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 et les références).

**6.4.3** L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 5.3 et les références). C'est par exemple le cas lors de crises pouvant ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (RCC 1986 p. 510 consid. 3c).

L'aide est importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir seul au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (ATF 121 V 88 consid. 3c et les références ; ATF 107 V 136 consid. 1b) ; lorsqu'il ne peut le faire qu'au prix d'un



effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou que, en raison de son état psychique, il ne peut l'accomplir sans incitation particulière (ATF 106 V 153 consid. 2a et 2b) ; lorsque, même avec l'aide d'un tiers, il ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour lui (par ex. si l'assuré souffre de graves lésions cérébrales et que sa vie se trouve réduite à des fonctions purement végétatives, de sorte qu'il est condamné à vivre au lit et qu'il ne peut entretenir de contacts sociaux (ATF 117 V 146 consid. 3b ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité établie par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS ; CIIAI], ch. 8058, ch. 8026).

**6.5** En vertu de l'art. 42 al. 3, 1<sup>ère</sup> phr., LAI, 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.

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

**6.6** Dans le domaine de l'AI, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_661/2016 consid. 2.3 et les références). Ce principe s'applique également à l'assuré qui fait valoir le droit à une API (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.146/02 du 10 février 2003 consid. 4.2).

**6.7** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

En règle générale, le degré d'impotence d'un assuré est déterminé par une enquête à son domicile. Cette enquête doit être élaborée par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte

des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références). Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1.2).

La jurisprudence selon laquelle, lors de l'évaluation de l'invalidité découlant d'une atteinte à la santé psychique, il convient d'accorder plus de poids aux constatations d'ordre médical qu'à celles de l'enquête à domicile en cas de divergences, s'applique également lors de l'évaluation du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3).

**6.8** 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).

## 7.

**7.1** En l'espèce, l'intimée, par l'intermédiaire de l'OAI, a retenu le besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour les quatre actes ordinaires de la vie suivants : « 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. Il s'agit de la plupart des actes ordinaires de la vie au sens de l'art. 37 al. 2 let. a RAI, puisqu'ils sont quatre sur six en tout, ce qui a justifié l'octroi d'une API de degré moyen (à tout le moins dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021).

**7.2** Le recourant considère quant à lui que les deux actes ordinaires de la vie restants que sont « manger » et « se déplacer et entretenir des contacts sociaux

avec autrui » devraient être ajoutés aux quatre admis par la caisse de compensation, de sorte que tous les actes ordinaires de la vie seraient concernés par son besoin d'une aide régulière et importante d'autrui, condition requise par l'art. 37 al. 1 RAI pour la reconnaissance du droit à une API de degré grave.

Or, pour que l'impotence soit considérée comme grave, il faudrait, conformément à l'art. 37 al. 1 RAI, que l'assuré ait non seulement besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie, c'est-à-dire les six actes précisés par la jurisprudence, mais aussi, cumulativement, que son état nécessite des soins permanents ou une surveillance personnelle (cf. jurisprudence citée plus haut).

**7.2.1** Tout d'abord, dans son rapport d'évaluation du 20 février 2023, l'infirmière évaluatrice considère que l'intéressé n'a pas un besoin d'aide pour les soins permanents ; elle note à ce sujet : « L'assuré doit suivre un traitement pour son insuffisance cardiaque et l'hypertension, il doit aussi prendre un traitement de Madopar toutes les deux heures pour ne pas être bloqué dans ses mouvements. Sa femme doit lui donner son premier comprimé le matin puis il est en mesure de prendre son traitement sans aide ». Toujours selon l'infirmière évaluatrice, le recourant n'a pas besoin d'une surveillance personnelle, précisant en outre ce qui suit : « L'assuré n'est jamais seul à son domicile car son épouse vit avec lui, il peut appeler à l'aide en cas de besoin car il a toute sa tête. Dans cette situation la surveillance personnelle permanente ne se justifie pas ».

Néanmoins, l'intimée semble admettre un besoin de soins permanents (nécessité d'une aide pour la prise de médicaments) dans sa décision – initiale – du 21 juin 2022 et dans sa décision sur opposition querellée, ce qui paraît justifié par la nécessité que l'épouse du recourant doit chaque matin lui donner son premier comprimé de Madopar.

**7.2.2** Reste la question de savoir si l'assuré a le besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie, c'est-à-dire les six actes précisés par la jurisprudence.

Or le recourant n'indique pas précisément en quoi seraient erronées les constatations et considérations de l'infirmière évaluatrice l'ayant conduite à ne pas retenir le besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour « manger ».

Concernant cet acte ordinaire de la vie, il est noté, sous point 4.1.3 du rapport d'évaluation : « D'après les dires de son épouse et de son fils qui mange tous les jours avec ses parents, pour le repas de midi, l'assuré n'est pas en mesure de couper la nourriture dure, il faut intervenir sur son assiette lorsqu'il y a de la viande. Lorsque la nourriture est adaptée l'assuré est en mesure de prendre ses deux couverts et manger sans aide. Dans ses proportions lorsque l'intervention est nécessaire uniquement pour couper la nourriture dure, cet acte n'est pas retenu car il est possible d'adapter les aliments. Le matin son épouse lui sert son petit-déjeuner au lit afin qu'il ne soit pas obligé d'attendre 10h. Les interventions

de son épouse ou de son fils par bienveillance ne sont pas retenues car elles ne sont pas indispensables. Le fait de devoir reporter l'heure du déjeuner n'est pas suffisant pour retenir cet acte car ce n'est pas le fait de manger qui est touché mais de pouvoir se mettre à table, ce qui est retenu sous « se lever/s'asseoir/se coucher ».

Rien ne permet de mettre en doute ces constatations et considérations de l'infirmière évaluatrice concernant l'acte ordinaire « manger ».

Il s'ensuit qu'en tout état de cause, pas tous les actes ordinaires de la vie ne sont concernés par un besoin d'une aide régulière et importante d'autrui, ce qui exclut une impotence grave.

Il n'est donc pas nécessaire de se prononcer sur la question d'un besoin ou non d'une aide régulière et importante d'autrui pour l'acte ordinaire de la vie qui consiste en se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux.

**7.3** C'est en conséquence conformément au droit que l'intimée n'a pas retenu une impotence grave, mais plutôt une impotence moyenne.

Ni des questions qui seraient posées à d'autres médecins que le médecin généraliste traitant, par exemple le neurologue traitant, ni une nouvelle visite à domicile de l'infirmière évaluatrice avec la présence de l'intéressé suivie d'un nouveau rapport d'évaluation ne pourraient, par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet notamment ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d), avoir une quelconque influence sur l'issue du présent litige.

- 8.** Par ailleurs, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir considéré sa demande comme tardive et de lui avoir octroyé une API seulement à partir du 1<sup>er</sup> février 2021. Selon lui en effet, depuis le début de son impotence en janvier 2021, il n'avait « malheureusement pas eu l'occasion d'être informé de [son] droit à [l'API], ou bien les faits ayant établi [son] droit à cette allocation ». C'est d'après lui le 22 novembre 2021 que les HUG ont informé son fils ainsi que son médecin traitant de l'existence de ce droit, qu'il a exercé le 17 février 2022 (soit moins de douze mois après en avoir eu connaissance).

**8.1** S'agissant de la question du devoir d'information, il sied de considérer ce qui suit.

**8.1.1** L'art. 27 LPGA prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3).

Selon la jurisprudence, le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur

le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_66/2009 du 7 septembre 2009 consid. 8.3 non publié in ATF 135 V 339, et les références). De manière générale, on doit également exiger de l'assuré un minimum d'attention, de réflexion et de bon sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1005/2008 du 5 mars 2009 consid. 3.2.2 ; ATAS/557/2022 du 27 mai 2022 consid. 4.1). Aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2).

Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; ATF 131 V 472 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_601/2009 du 31 mai 2010 consid. 4.1). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que : (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et que (e) la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_601/2009 précité consid. 4.1).

**8.1.2** En l'occurrence, il ne ressort ni des allégations de l'assuré ni de quelconques éléments du dossier qu'une institution d'assurances sociales aurait éventuellement pu, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître avant février 2022 que l'intéressé se trouvait dans une situation dans laquelle il risquait de perdre son droit à une API pendant une certaine période s'il ne déposait pas immédiatement ou rapidement une demande dans ce sens (cf. jurisprudence citée plus haut). Par ailleurs, un hôpital, ici les HUG, n'apparaît pas être un organe d'exécution de l'AVS ou de l'AI (cf. art. 27 al. 1 LPGA).

Ceci exclut un devoir d'information d'un assureur social au sens de l'art. 27 LPGA au sujet de l'API et, *a fortiori*, une violation d'un tel devoir.

**8.2** Pour ce qui est du *dies a quo* du droit à une API, il convient de relever ce qui suit.

**8.2.1** Aux termes de l'art. 43bis al. 2 LAVS – dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023 –, le droit à l'API prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt lorsque l'assuré a présenté une impotence grave, moyenne ou faible durant un an au moins sans interruption. Il s'éteint au terme du mois durant lequel les conditions énoncées à l'al. 1 ne sont plus remplies.

Selon l'art. 35 RAI, le droit à l'API prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées (al. 1). Lorsque, par la suite, le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88bis RAI sont applicables. Le droit à l'allocation s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'une des autres conditions de ce droit n'est plus remplie ou au cours duquel le bénéficiaire du droit est décédé (al. 2).

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI – intitulé « modification du droit » –, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt : si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ; si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b) ; s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (let. c).

À teneur de l'art. 46 LAVS, le droit aux rentes et API non touchées est réglé à l'art. 24 al. 1 LPGA (al. 1 ; étant précisé que selon l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée). Si l'assuré fait valoir son droit à une API

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 (al. 2).

Concernant l'art. 46 al. 2, 2<sup>ème</sup> phr., LAVS, 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, n'est admis que de manière très restrictive par la jurisprudence, par exemple en cas de schizophrénie ou d'autres troubles psychiques graves (ATF 139 V 289 consid. 4).

**8.2.2** En l'espèce, rien ne permet de supposer que le recourant, qui dispose de l'entier de ses facultés mentales, n'aurait pas été en mesure à un quelconque moment de connaître ses propres problèmes de santé et les autres circonstances qui pouvaient le cas échéant lui donner droit à une API (cf. art. 46 al. 2, 2<sup>ème</sup> phr., LAVS).

Comme l'a à juste titre admis la caisse de compensation, l'intéressé ne pouvait recevoir rétroactivement son API qu'au plus tôt douze mois avant le dépôt de sa demande (cf. art. 46 al. 2, 1<sup>ère</sup> phr., LAVS), donc pas avant le 1<sup>er</sup> février 2021.

C'est donc conformément au droit que l'intimée a reconnu à l'assuré le droit à une API dans son principe (indépendamment du degré d'impotence) dès le 1<sup>er</sup> février 2021. Ce point n'est pas remis en question dans la décision sur opposition.

**8.3** Se pose encore la question de savoir si, comme le retient la caisse de compensation, le recourant a droit à une API de degré faible dès le 1<sup>er</sup> février 2021 puis de degré moyen à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2021, trois mois après l'apparition en septembre 2021 du besoin d'aide pour « aller aux toilettes », ou si, comme l'intéressé le soutient à tout le moins implicitement, il aurait droit à une API de degré moyen à compter du 1<sup>er</sup> février 2021 au motif que le besoin d'aide pour « aller aux toilettes » serait apparu en janvier 2019 comme celui pour « faire sa toilette ».

**8.3.1** Concernant le besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour « aller aux toilettes » depuis septembre 2021 retenu par l'infirmière évaluatrice, celle-ci explique dans son rapport d'évaluation (sous point 4.1.5) : « L'assuré est porteur d'une sonde urinaire à demeure depuis septembre 2021 en raison d'une vessie hyperactive et des fuites urinaires constantes. Il doit vider sa poche urinaire plusieurs fois par jour, le matin, c'est sa femme qui doit le faire car l'assuré n'est pas suffisamment mobile pour le faire seul. Il peut aussi arriver occasionnellement que l'assuré demande de l'aide à son épouse pour s'essuyer. Cet acte est retenu en raison de la sonde urinaire à demeure qui n'est pas une manière habituelle de faire

ses besoins et du fait que l'assuré nécessite de l'aide pour vider sa poche le matin ».

**8.3.2** Dans ses écritures, le recourant n'expose aucunement en quoi ces constatations et cette conclusion quant au début du besoin d'aide pour « aller aux toilettes » seraient erronées, et aucun élément ne permet de supposer qu'elles pourraient l'être.

Du reste, dans sa demande d'API déposée le 17 février 2022, il a expressément répondu « non » à la question de savoir s'il avait besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour « aller aux toilettes ».

**8.4** C'est dès lors en conformité au droit que l'intimée a octroyé au recourant une API de degré faible depuis le 1<sup>er</sup> février 2021 (avec moins de quatre actes ordinaires de la vie concernés par le besoin d'aide), puis de degré moyen à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2021, soit trois mois après l'apparition du nouveau besoin afférent à « aller aux toilettes » par application de l'art. 88a al. 2 RAI (auquel renvoie l'art. 35 al. 2 RAI).

- 9.** Vu ce qui précède, la décision sur opposition querellée est en tous points conforme au droit, de sorte que le recours doit être rejeté.
- 10.** 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 de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (cf. art. 69 al. 1 bis LAI).



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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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