

GE_GERICHTE ATAS/552/2017 vom 27. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_552_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/552/2017 du 27 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/552/2017 del 27 giugno 2017

Erwägungen

E. 7

Par courrier du 25 février 2013 adressé à l'OAI, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'entourage devait apporter de l'aide dans la vie courante depuis janvier 2003, dans l'habillement, le ménage, l'accompagnement à la Poste, pour les courses, et la toilette. L'assurée ne pouvait vivre seule, mais

A/844/2016 - 3/26 - n'était pas assez malade pour vivre dans un foyer. Elle ne pourrait pas structurer une journée seule et faire face aux situations quotidiennes. Il estime le besoin d'accompagnement à vingt-et-une heures. Ce besoin est justifié et est dispensé par de l'aide privée rémunérée.

E. 8

Interrogé à nouveau par l'OAI, le Dr C_____ a, par courrier du 29 mai 2013, précisé que l'obésité dont souffrait l'assurée pourrait entraîner des limitations fonctionnelles sur le plan physique et donc justifier une impotence pour l'acte de s'habiller, de se rendre aux WC et de se laver. Il indique qu'il n'a pas connaissance de ce que l'assurée présenterait une incontinence double en lien avec son traitement neuroleptique. Il ajoute qu'elle a besoin d'aide pour faire sa toilette deux fois par semaine, mais pas pour aller aux toilettes.

E. 9

Le 24 juin 2013, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel elle a droit à une allocation de degré faible depuis le 1er septembre 2012. Il a considéré qu'elle n'avait pas besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, mais d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Il a estimé qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une nouvelle enquête à domicile, les éléments figurant dans l'arrêt du 25 septembre 2012 étant suffisamment clairs.

E. 10

L'assurée, représentée par la Compagnie d'assurances de protection juridique SA - CAP, a contesté ce projet de décision. Elle considère que ce projet ne respecte pas les injonctions faites à l'OAI par la chambre de céans dans son arrêt du 25 septembre 2012 de procéder aux investigations requises. Elle reproche à l'OAI de ne s'être basé que sur les rapports du Dr C_____ des 25 février et 29 mai 2013, sans avoir mis en œuvre une nouvelle enquête à domicile. Elle conclut à l'octroi d'une allocation pour impotence de degré moyen.

E. 11

Par courrier du 20 septembre 2013, le Dr C_____ a tenu à compléter son rapport du 13 mai 2013, précisant qu'« il s'avère en effet que l'assurée est dans l'impossibilité de se vêtir et se dévêtir seule, ainsi que d'aller aux toilettes seule. Elle doit porter en permanence une protection adéquate en raison d'une double incontinence. Les limitations sont dues à une

obésité morbide (BMI 45), ainsi qu'aux effets secondaires du traitement neuroleptique ». Le Dr C_____ en conclut qu'une allocation pour impotent de degré moyen devrait être accordée à l'assurée.

E. 12

Une enquête au domicile de l'assurée a été effectuée le 25 novembre 2013. À l'issue de l'enquête, la nécessité d'une aide régulière et importante pour trois actes ordinaires de la vie dès le mois de décembre 2003 a été admise, ainsi qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et des soins permanents dès la même date. Une impotence de degré moyen est dès lors suggérée dès janvier 2007.

E. 13

Dans un rapport du 3 janvier 2014, le Dr C_____ a confirmé les diagnostics de trouble bipolaire avec symptômes psychotiques et d'obésité morbide (BMI 45). Il

A/844/2016 - 4/26 - estime que la capacité de travail est nulle quel que soit le travail envisagé, ajoutant qu'elle « n'arrive même pas à s'occuper d'elle-même ». Il indique que l'assurée est dépendante pour la toilette, l'habillage et le ménage.

E. 14

Selon l'avis du SMR du 2 mai 2014, le Dr C_____ a déclaré par téléphone que « c'est l'obésité qui entraîne les difficultés dans les AVQ, démarche difficile, le trouble psychique induit des troubles alimentaires, et le traitement neuroleptique une prise de poids. Il s'agit d'une obésité secondaire ». Le médecin du SMR a dès lors recommandé de suivre les résultats de l'enquête pour une allocation d'impotent moyenne depuis janvier 2007.

E. 15

Par décision du 27 mai 2014, l'assurée a été mise au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1er janvier 2007.

E. 16

Par courrier du 6 mars 2015, l'assurée a déposé une demande visant à la révision de son dossier, alléguant que « l'impotence grave est ma situation actuelle et ce depuis 2003, et elle n'est plus à démontrer car votre deuxième enquêtrice a relevé tous les détails, point par point, du déroulement de ma vie quotidienne, et sans une présence à mes côtés, mes nuits d'angoisse, de panique et d'agitation psychique ne sauraient être calmées, et ceci en permanence, car je ne peux avoir le calme nécessaire pour me passer de quelqu'un à mes côtés. Je tiens à vous rappeler qu'avant, c'était mon ex-mari et mes enfants qui remplissaient cette fonction de veille et d'assistance, aujourd'hui j'ai recours aux aides extérieures et ma situation ne me le permet pas trop, car cela me coûte assez cher comme ça (n'ayant pas d'assurance complémentaire pour me payer une garde à domicile) ».

E. 17

Le 20 avril 2015, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport établi par le docteur D_____ du Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée – CAPPI Pâquis des HUG, le 14 avril 2015. Celui-ci confirme qu'une allocation pour impotent de degré grave est justifiée.

E. 18

Le 5 juin 2015, le Dr C_____ a indiqué que deux personnes rétribuées se relayaient pour passer deux fois par jour chez la patiente matin et soir. Il considère qu'une augmentation de l'allocation est justifiée vu l'aggravation de l'impotence actuellement. Il précise qu'il n'y a pas eu d'hospitalisation à Belle-Idée depuis 2012, mais ajoute qu'il y en a déjà eu 35 à ce jour.

E. 19

Une nouvelle enquête au domicile de l'assurée a été effectuée le 27 octobre 2015. Il est constaté que l'aggravation de l'état de santé ne modifie pas le degré d'impotence, de sorte que l'allocation de degré moyen doit être maintenue.

E. 20

Le 12 novembre 2015, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel l'augmentation de l'allocation est refusée.

A/844/2016 - 5/26 -

E. 21

L'assurée, représentée par Me Cédric KURTH, s'est opposée à ce projet de décision et déclare persister dans sa requête d'octroi d'une allocation d'impotence de degré grave.

E. 22

Par décision du 10 février 2016, l'OAI a confirmé son refus. Il admet la survenance d'une aggravation de l'état de santé, mais considère que cette aggravation ne modifie pas le degré d'impotence.

E. 23

L'assurée, par l'intermédiaire de son Conseil, a interjeté recours le 14 mars 2016 contre ladite décision. Elle conclut, préalablement à l'audition de l'infirmière et, principalement, à l'octroi d'une allocation pour impotence de degré grave. Elle affirme avoir besoin de l'aide de tiers pour se lever, s'asseoir ou se coucher en raison de son importante surcharge pondérale et de douleurs musculaires diffuses (myalgies), pour se nourrir correctement (les souffrances psychiatriques induisant notamment une diminution de l'appétit), et pour se déplacer notamment à l'extérieur, ainsi que pour l'entretien de contacts sociaux, ce qui est attesté par les docteurs E_____ et D_____ du Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, et l'agoraphobie confirmée par la Dresse F_____. Elle produit : - une attestation du Dr C_____ du 5 juin 2015, selon laquelle elle souffre d'un trouble bipolaire sévère et d'obésité morbide (BMI 47). - une attestation des Drs E_____ et D_____ datée du 18 janvier 2016, selon laquelle « une anxiété reste au premier plan avec des comportements d'évitements face à certaines situations de la vie quotidienne, notamment le fait de devoir sortir de chez elle. Nous mettons en évidence un isolement important, avec une grande difficulté à rester seule à son domicile, situation anxiogène. (...) L'assurée refuse toute intensification de soins, mais de longue date ferait appel aux services de dames de compagnie afin d'être aidée dans ses activités de la vie quotidienne, comme son hygiène, l'alimentation et soutien psychologique ». - un certificat de la Dresse F_____ qui suit l'assurée depuis décembre 2015, le Dr C_____ préparant sa retraite. Dans ce document daté du 3 février 2016, le médecin confirme l'aggravation de l'état de santé depuis quelques mois suite à la prise d'un neuroleptique. Elle relève que la patiente souffre d'une agoraphobie importante l'empêchant de faire ses courses et de se déplacer dans les lieux

publics. - un certificat du 3 mars 2016 de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, aux termes duquel les atteintes dont elle souffre, en particulier au niveau du bras droit, rendent les gestes quotidiens difficiles. - un courrier du 3 mars 2016 de la Dresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales adressé à la Dresse F_____, confirmant le diagnostic posé par celle-ci.

A/844/2016 - 6/26 - - un courrier adressé à son mandataire par la Dresse F_____ du 7 mars 2016, selon laquelle elle souffre d'une tendinopathie multiple douloureuse d'évolution chronique sous forme de périarthrite rétractile bilatérale des deux épaules et d'une tendinopathie de Quervain de la main droite. Ces diagnostics rendent les gestes de la vie quotidienne difficiles, plus particulièrement celui de se vêtir/se dévêtir.

E. 24

Dans sa réponse du 12 avril 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère que le rapport de l'enquêtrice effectué au domicile de l'assurée le 27 octobre 2015 doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Or, il en résulte que l'assurée a besoin d'une aide régulière et importante pour trois actes ordinaires de la vie, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et des soins permanents dès 2003. Il rappelle que l'aggravation de l'état de santé ne modifie pas le degré de l'impotence.

E. 25

Dans sa réplique du 25 mai 2016, l'assurée a contesté l'objectivité du rapport du

E. 27

juin 2012.

E. 28

Le 26 juillet 2016, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas d'observation supplémentaire.

E. 29

La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition de Madame H_____, chargée d'enquêtes ménagères, pour le 17 janvier 2017. Cette dernière a à cette occasion déclaré que : « Je confirme avoir établi l'enquête du 25 novembre 2013 et celle de 2015. Je n'ai pris contact qu'avec le Dr C_____, le médecin traitant que l'assurée consulte le plus souvent selon ses dires. Je n'ai pas jugé utile de prendre contact avec les autres. Je confirme que je n'ai pas pu poser de questions à l'aide qui ne parle pas français. Elle est restée une trentaine de minutes.

A/844/2016 - 7/26 - S'agissant de l'acte « se lever/s'asseoir », je rappelle que lorsque je suis rentrée dans l'appartement, j'ai vu l'assurée assise au bord de son lit. Derrière la porte, j'avais entendu quelques bruits me laissant penser qu'elle s'était levée. Je l'ai vue se lever et s'asseoir seule, avec difficultés toutefois. Au moment de partir, elle m'a accompagnée jusqu'à la porte avec sa canne (l'aide était déjà partie à ce moment- là). J'ai conclu à ce qu'elle n'avait pas besoin d'aide pour se lever et s'asseoir, car elle m'a dit qu'elle prenait le bus seule. Elle ne m'a pas non plus dit qu'elle restait assise en attendant l'arrivée de la personne chargée de l'aider. Je me suis fondée sur les déclarations de l'assurée qui déclarait qu'elle prenait le bus. J'ai constaté qu'il n'y avait pas eu de modifications apportées au lit alors que j'avais préconisé lors de l'enquête du 25 novembre 2013 un lit mieux adapté. Je lui ai posé la question. Elle m'a répondu qu'elle allait se renseigner. Je ne lui ai pas

demandé pour quelle raison elle n'avait rien fait depuis l'enquête précédente. Le lendemain, elle m'a téléphoné pour me dire qu'elle avait trouvé un lit électrique double, ce qu'elle voulait. Je n'ai pas eu l'occasion de voir si elle avait des difficultés pour se coucher. J'ai en revanche constaté que la personne chargée de l'aider lui avait pris le bras pour qu'elle se mette debout. Je n'ai pas non plus eu l'occasion de constater s'il lui était difficile de se couvrir une fois au lit. J'ai considéré qu'il n'y avait pas de raison, à voir, qu'elle ne puisse pas tirer à elle une couverture. S'agissant de l'acte « manger », je précise que j'ai vu que l'assurée portait une attelle à la main droite et le bras gauche en écharpe. J'ai constaté qu'elle buvait avec une paille. J'ai omis de l'indiquer dans mon rapport. Je n'ai pas eu l'occasion de la voir manger. Le fait qu'elle puisse tenir une canne avec la main droite m'a fait penser qu'elle pouvait également porter les aliments à sa bouche. Le contraire me paraissait de visu incohérent. Selon mon expérience d'infirmière, je pense qu'un bras en écharpe et une attelle ne devraient pas empêcher de couper des aliments, en tous cas pas des aliments mous. En revanche, il ne lui serait pas possible, à mon avis, qu'elle puisse préparer à manger. J'ai été surprise de constater qu'elle buvait avec une paille et je n'ai pas trouvé cela cohérent. C'est du reste la raison pour laquelle j'ai pris la liberté de prendre contact avec le Dr C_____, pour avoir des explications plus complètes. J'ai pris en compte le fait que l'assurée souffre d'agoraphobie dans l'accompagnement pour les activités et contacts hors du domicile. La situation quant à l'acte « manger » est plus ou moins similaire entre 2013 et 2015. La personne chargée de l'aide est en revanche autre. En 2013, il était relevé que cette personne préparait une cuisine de tradition musulmane. En 2015, il n'est rien indiqué à cet égard. Je ne sais pas quel type de cuisine prépare la personne que j'ai vue. Je précise que peu importe finalement ce qui est dans l'assiette pour déterminer si la personne a besoin d'aide pour « manger », ce qui importe est le fait de pouvoir l'amener à la bouche. Questions de Me KURTH : - Faut-il plus de dextérité pour manger avec des couverts qu'avec les mains ?

A/844/2016 - 8/26 - J'admets qu'il est plus facile de manger avec les mains que d'avoir à utiliser des couverts, précisant toutefois que je ne vois pas bien quelle est la raison de la question. - Y a-t-il contradiction entre les indications figurant dans le rapport en page 2 : « je l'entends derrière la porte » et ma déclaration selon laquelle elle ne serait pas venue à la porte ? Je maintiens que j'ai entendu du bruit derrière la porte. Je ne peux en revanche pas dire à quelle distance de la porte l'assurée se trouvait. Ce n'est pas elle qui est venue m'ouvrir la porte. Je me suis mal exprimée dans ma rédaction. Quand je suis entrée, je l'ai vue assise sur son lit. J'ai supposé, au vu des bruits que j'ai entendus, qu'elle s'était levée et était retournée s'asseoir sur le lit. - L'assurée vous a-t-elle déclaré qu'elle prenait le bus seule ? Je confirme que l'assurée m'a déclaré qu'elle prenait le bus seule. - N'y a-t-il pas incompatibilité avec l'agoraphobie ? Des personnes souffrant d'agoraphobie peuvent fort bien prendre le bus seules. Le Dr C_____ m'a confirmé que l'assurée venait seule à sa consultation. Je signale du reste que dans un courrier adressé par l'assurée à son mandataire le 15 juillet 2016 (pièce n° A), l'assurée confirme qu'elle prend de temps à autre les TPG. J'ai pris connaissance de cette pièce en consultant le dossier AI pour préparer mon audition. Je consulte le dossier AI pour établir mes rapports d'enquêtes avant mon examen au domicile. - Avez-vous vu la personne chargée de l'aide donner à l'assurée des médicaments ? Je ne m'en souviens pas. - Pouvez-vous imaginer l'assurée se rendre seule faire ses courses, aller à La Poste, etc. ? Non, je ne l'imagine pas, mais je précise que ces points sont compris sous « accompagnements ». Je rappelle par ailleurs que selon ses déclarations, l'assurée peut se déplacer en prenant le bus seule. - Vous êtes-vous inquiétée de savoir

comment elle prenait ses médicaments ? J'ai indiqué qu'elle gérait son traitement elle-même, mais je n'ai rien précisé quant à la façon d'ingérer les médicaments. Je me réfère à ce que j'ai dit s'agissant de l'acte « manger ». Je rappelle par ailleurs que le fait de ne pas pouvoir accomplir un acte sans aide doit être examiné sur une certaine durée ». L'assurée a quant à elle indiqué que « Je pèse 125 kilos. Ma prise de poids est due à un médicament, le Clopixol, que je prends depuis 2012. Je produis un courrier du Dr I_____ daté du 8 juillet 2016. Je maintiens que je n'ai pas pu venir devant la porte pour l'ouvrir. Je conteste avoir manipulé des clefs derrière la porte. J'ai parlé à Mme H_____ depuis mon lit alors que celle-ci était encore à l'extérieur du logement. J_____ est arrivée en même temps que Mme H_____ et c'est elle qui a ouvert la porte.

A/844/2016 - 9/26 - Contrairement à ce qu'a dit Mme H_____, je tiens ma canne avec la main gauche. Je ne le pourrai pas avec la main droite. Je fatigue ainsi beaucoup mon bras gauche, raison pour laquelle je le mets en écharpe. Je rappelle à cet égard que je souffre d'une tendinite généralisée aux deux épaules. Je ne vais plus chez le Dr C_____ depuis octobre 2015. Il était trop difficile pour moi de me rendre chez lui, car il me fallait prendre deux bus, ce qui provoquait angoisse et stress pour moi. Il est tout à fait possible qu'il n'ait pas vu que mon bras gauche était en écharpe. Ça ne se voit pas suivant comment je suis habillée. Je pense que le Dr C_____ a déclaré que je venais seule à sa consultation parce qu'il ne voit pas nécessairement si je suis accompagnée ou non dans la salle d'attente. Il a toutefois eu l'occasion de voir J_____ et de la saluer. Ce médecin est parti à la retraite en octobre 2016. Je précise que je ne suis pas venue seule aujourd'hui, mais avec une aide qui attend dans la salle d'attente. J'ai besoin d'aide pour me lever, m'asseoir et me recouvrir avec la couette. Je ne sors pas seule. Je vais parfois à la Coop de la K_____ située dans mon immeuble même. J'essaie de prendre le tram, mais je choisis le tram 18 qui est relativement vide. Quoi qu'il en soit, j'angoisse parce que s'il m'arrivait quelque chose, je serais seule. Je me rends seule en bus chez le médecin ou autre lorsque je le peux psychologiquement, mais cela reste exceptionnel. Je mange des repas ordinaires. Les aliments sont déjà coupés. Il m'est difficile de manipuler les couverts. Je n'arrive pas à porter les aliments à la bouche avec la main droite vu l'atteinte à la santé et je n'y arrive pas bien avec la main gauche, parce que je suis droitrière et j'ai des douleurs aussi. Quand mon aide n'est pas là, je mange des sandwiches avec la main gauche. Quand elle est là, c'est elle qui me tend la cuillère ou la fourchette. Mes mouvements avec la main gauche sont toujours très brusques. J'ai besoin de l'aide régulière pour couper les aliments, les saisir et les porter à la bouche. En 2012, j'ai acheté un lit électrique simple. Ce lit n'était finalement pas très pratique pour moi. Je ne pouvais pas me redresser facilement, je glissais sur le matelas, il n'était pas approprié. Je l'ai donné à Caritas. En 2013, je n'ai pas le souvenir que Mme H_____ m'ait parlé d'un lit mieux adapté. Elle m'a en revanche parlé d'une planche pour la salle de bains, par exemple, que je me suis procurée par la suite. En 2015, Mme H_____ constate que mon lit n'est pas adapté, me conseille un lit électrique. Je lui ai téléphoné quelques temps après (lorsque j'ai reçu la décision de refus) pour lui dire que j'envisageais d'acheter un lit électrique double, lui expliquant que quelqu'un allait partager ma vie dorénavant. J'ai finalement renoncé à l'acheter, le projet de la venue de ce quelqu'un étant reporté ». Elle a produit un courrier du docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie, daté du 8 juillet 2016, aux termes duquel cette patiente « présente depuis plusieurs années une symptomatologie douloureuse au niveau des épaules, des coudes et des mains, et, dans une moindre mesure, des membres inférieurs. Ces douleurs sont

A/844/2016 - 10/26 - apparues, selon elle, suite à l'introduction d'un traitement de Clopixol pour une maladie bipolaire avec symptômes psychotiques. Actuellement, les douleurs sont constantes, exacerbées par les mouvements de rotation et d'élévation des épaules et gênent la patiente pour les activités de la vie de tous les jours. À signaler l'absence d'hypoesthésie, de paresthésie ou de symptômes durant la nuit. Un bilan rhumatologique réalisé au mois de mars 2016 conclut à la présence de tendinopathies multiples et douloureuses d'évolution chronique, sous la forme d'une périarthrite rétractile bilatérale des épaules et d'une tendinopathie de type de Quervain au poignet droit ». À l'issue de l'audience, la chambre de céans a décidé qu'elle entendrait le Dr C_____.

E. 30

Par courrier du même jour, le mandataire de l'assurée s'est insurgé contre l'attitude déloyale de l'OAI dans le cadre de l'audition de Mme H_____. Il s'est ainsi plaint d'une « désagréable apparence de connivence (collusion et complicité), couronnée par le fait que le témoin, dans le cadre des explications qui lui étaient demandées par le Tribunal, s'agissant du contenu de son rapport du 27 octobre 2015, a, contre toute attente, été jusqu'à produire en audience une pièce provenant non pas de son propre dossier, mais un document provenant précisément du dossier de l'OAI ». Il considère ainsi que l'OAI a violé le principe de la bonne foi entre administration et administrés.

E. 31

Entendu le 28 février 2017, le Dr C_____ a déclaré que « J'étais le médecin traitant de l'assurée depuis 1986. Ma dernière consultation date de décembre 2015. Elle a alors changé de médecin pour des raisons géographiques. Il était difficile pour elle de se déplacer jusqu'aux Eaux-Vives où se situait mon cabinet. En dehors de l'atteinte psychiatrique, l'assurée souffre de tendinopathies multiples aux deux épaules et aux poignets, ainsi que d'une prise de poids importante due aux neuroleptiques. Elle présentait également en 2015 des œdèmes aux membres inférieurs. Je me souviens avoir eu un entretien téléphonique avec l'infirmière chargée de l'enquête à domicile le 27 octobre 2015. J'étais alors en consultation. Je n'ai donc pas pu sortir le dossier de l'assurée à ce moment-là. Je confirme que je n'ai pas prescrit d'attelle. Je crois que c'est la Permanence de Vermont qui la lui a prescrite. C'est une bonne chose, car la tendinopathie nécessite la mise au repos. Je lui avais quant à moi prescrit des séances de physiothérapie. Je précise que l'attelle était portée au poignet droit. J'ai vu ma patiente le 28 octobre 2015. Elle portait cette attelle et avait le bras (je n'ai pas précisé lequel) en écharpe. Lorsque je l'ai revue le 1er décembre 2015, l'attelle était au poignet droit et l'écharpe au bras gauche. L'écharpe peut être utile en cas de déplacements. Il ne faut toutefois pas la porter tout le temps, car elle peut bloquer l'articulation. Je ne sais pas quel médecin lui a recommandé le port d'une écharpe. Je n'imaginai en effet pas qu'elle avait besoin d'aide pour porter les aliments à la bouche, par exemple. Je pense qu'elle peut être

A/844/2016 - 11/26 - autonome pour manger (couper les aliments ou les porter à la bouche). J'avais en revanche noté qu'elle avait besoin d'aide pour se vêtir et pour la préparation des repas. En juin 2015, j'avais noté qu'elle se déplaçait avec une canne. Ceci implique que l'articulation fonctionne suffisamment bien. Je rappelle que les personnes atteintes de polyarthrite utilisent couramment des pailles. Je précise que la tendinopathie est moins grave qu'une polyarthrite, en ce sens qu'elle ne touche pas l'os. Je n'ai jamais conseillé à l'assurée l'utilisation d'une paille pour boire. J'ai retrouvé sur mon dossier que c'est le Dr

L'_____ de la Permanence de Vermont qui a prescrit à l'assurée l'attelle. Je précise encore qu'en phase aigüe, l'attelle doit se porter tout le temps pendant environ 2-3 semaines. Il faut ensuite éviter le port permanent de l'attelle, car cela risque d'être dommageable pour la mobilité articulaire. Quelques heures par jour suffisent alors. Je n'ai rien dans mes notes quant à une consultation en 2011 s'agissant d'un blocage à l'épaule. J'ai en revanche prescrit par courrier du 19 août 2011 des séances de physiothérapie de l'épaule. Il n'est pas exclu qu'il y ait eu consultation téléphonique. J'ai également relevé que l'assurée était partie en pèlerinage à La Mecque entre octobre et décembre 2011. L'assurée souffre d'une tendinite de Quervain à droite. Avec cette main, il est plus compliqué de manger. Elle peut en revanche s'aider de l'autre. Étant rappelé que l'assurée souffre d'une tendinopathie bilatérale, j'admets qu'elle puisse avoir des difficultés à, par exemple, couper des aliments. En revanche, elle peut les porter à la bouche sans problème. Je précise que l'assurée souffre d'une maladie rhumatismale chronique. Le tendon ne guérit jamais, ne se désenflamme jamais, de sorte que ses difficultés à couper les aliments restent les mêmes. Je rappelle que le poids de l'assurée, entre 1986 et maintenant, a passé de 66 kg à 125 kg. Il me paraît dès lors très cohérent qu'elle puisse avoir à présent des difficultés à se laver au lavabo comme elle le faisait auparavant. Je n'ai pas systématiquement vérifié, mais je crois savoir que l'assurée venait à mes consultations, accompagnée. Je ne sais pas si elle venait en tram ou en taxi. Il me paraît en effet difficile pour elle d'utiliser les transports publics, dans la mesure où elle a des difficultés à s'asseoir, se lever. Je voyais parfois la personne qui l'accompagnait dans la salle d'attente. Elle peut se déplacer sans trop de problème si elle est sous neuroleptique. Il n'en est pas question lors de poussées aigües d'agoraphobie. Je ne vois pas de raisons pour lesquelles l'assurée ne pourrait pas se recouvrir lorsqu'elle est couchée. Il est normal que l'assurée ressente des brûlures aux mains, là où se trouvent les tendons lorsqu'elle fait le geste de se recouvrir, mais la brûlure ne se ressent que le temps du mouvement, de sorte que l'on peut considérer qu'elle peut en principe effectuer cet acte sans aide, pour autant que la couette ne soit pas trop lourde. L'état de santé de l'assurée ne s'est certainement pas amélioré depuis le 5 juin 2015. Je confirme les termes de mon rapport du 5 juin 2015, s'agissant de l'aggravation de l'impotence, "grave actuellement" ».

A/844/2016 - 12/26 - L'assurée a précisé que « Je voudrais préciser que je suis effectivement partie en pèlerinage à La Mecque dans le cadre d'un voyage organisé, pensant qu'un miracle pourrait survenir quant à mon état de santé. J'étais en chaise roulante pour les circonvolutions, sinon en béquilles. J'avais des accompagnants, des médecins, des infirmières. J'y suis restée deux semaines. Il n'était pas possible de rentrer plus tôt vu l'organisation prévue. J'ai changé de médecin, parce que j'avais compris qu'il partait à la retraite en décembre 2015 déjà. Je n'ai appris que par la suite que ce n'était pas le cas. Si j'avais su, je serais restée avec lui. Je subis actuellement des examens pour la main gauche, parce que les mêmes douleurs que celles que j'ai à la main droite surviennent ».

E. 32

L'OAI s'est déterminé le 3 mars 2017 sur le courrier du mandataire de l'assuré du 17 janvier 2017. Il relève que les termes ne sont pas empreints de la réserve attendue des parties dans une procédure judiciaire, mais admet que la convocation de ses collaborateurs en tant que témoin est problématique. Il saisit dès lors l'occasion de prier la chambre de céans de ne plus convoquer les fonctionnaires de l'AI en tant que témoin dans l'instruction des causes portées devant elle.

E. 33

Le 10 mars 2017, l'assurée, rappelant que lors de son audition du 28 février 2017, le Dr C_____ déclarait ne pas se souvenir d'une consultation téléphonique avec elle le 19 août 2011 - sans toutefois l'exclure -, a produit un document intitulé « Informations générales sur la facture », de laquelle il résulte qu'une prestation médicale en l'absence du patient, dispensé le 19 août 2011, lui a bel et bien été facturée par le Dr C_____. Elle prouve par le biais du même type de document que trois autres consultations ont eu lieu les 24 octobre, 2 et 14 décembre 2011.

E. 34

Par courrier du 23 mars 2017, le mandataire de l'assurée a confirmé les termes de son courrier du 17 janvier 2017. Il persiste à considérer qu'il n'est en aucun cas attendu de l'enquêtrice entendue à titre de témoin de plaider la cause de l'OAI, mais simplement de répondre à des questions précises quant au déroulement de l'expertise qu'elle a réalisée au domicile de l'assurée. Par ailleurs, il se dit surpris de ce que la chambre de céans ait accepté une demande tardive de prolongation de délai déposée par l'OAI, rappelant que la cause avait été gardée à juger après le 13 mars 2017.

E. 35

Dans sa détermination après enquêtes du 28 mars 2017, l'OAI s'est notamment fondé sur un avis du SMR du 15 mars 2017, selon lequel « Il est évident que les atteintes rhumatologiques, à l'origine des limitations fonctionnelles, peuvent justifier certaines difficultés dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne, comme l'indique le Dr C_____ lors de son audition. Toutefois, lesdites atteintes ne rendent pas complètement impossible la réalisation desdits gestes ».

A/844/2016 - 13/26 - L'OAI considère, sur la base de l'enquête, des procès-verbaux des 17 janvier et 28 février 2017 que la réalisation des actes est rendue difficile, mais pas impossible.

E. 36

Le 21 avril 2017, l'assurée a au contraire considéré, au vu même des déclarations du Dr C_____, que le besoin d'aide devait être admis pour la fonction partielle « couper les aliments ». S'agissant des actes « se déplacer » et « se lever et s'asseoir », le mandataire rappelle que la validité des déclarations du témoin a été contestée, « dès lors que l'OAI la considère comme étant sa collaboratrice et lui donne mandat de préparer le dossier en vue de son audience ». Il relève que le SMR ne se prononce pas quant à l'intensité de l'impotence, se contentant de déclarer que « lesdites atteintes ne rendent pas complètement impossible la réalisation desdits gestes ». Or, selon le mandataire, une complète impossibilité de réalisation des gestes de la vie quotidienne n'est pas exigée pour reconnaître le droit à une impotence grave. L'assurée produit enfin des échographies de l'épaule gauche et l'épaule droite, des radiographies de l'épaule gauche, de l'épaule droite et des mains, et une attestation des Drs I_____ et L_____, ainsi qu'une attestation de Madame M_____, aide de vie. Elle maintient pleinement ses conclusions.

E. 37

Le 12 mai 2017, l'OAI a indiqué qu'il avait soumis les pièces médicales produites au SMR, lequel avait considéré que celles-ci n'apportaient pas d'élément susceptible de modifier sa précédente appréciation. Il a en revanche constaté que l'examen neurologique du 7 avril 2017 fait état de l'absence d'amyotrophie des membres supérieurs, ce qui démontre que les

gestes de la vie courante peuvent être accomplis.

E. 38

Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune

A/844/2016 - 14/26 - modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA. 4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une allocation pour impotent de degré grave plutôt que moyen. 5. a. En vertu de l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. Aux termes de l'art. 9 LPGA, 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. Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3 LAI et 38 RAI). La loi distingue trois degrés d'impotence: grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI). 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 (art. 37 al. 1 RAI). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie; (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou (c) 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 (art. 37 al. 2 RAI). L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment: (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; (b) d'une surveillance personnelle permanente; ou (e) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI). L'art. 38 al. 1 let. a RAI prévoit que 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 vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne. Cet accompagnement

ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450; arrêt

A/844/2016 - 15/26 - 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 2.2). La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (ATF 133 V 450 consid. 9; arrêts du Tribunal fédéral 9C_688/2014 du 1er juin 2015 consid. 3.6 et 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.2). 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 régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b, in RCC 1983 p. 71). 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 des assurances I 25/85 du 11 juin 1985 consid. 2b, in RCC 1986 p. 509 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_168/2011). b. Selon le chiffre 8010 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), les actes ordinaires de la vie les plus importants se répartissent en six domaines : - se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever); - se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter); - manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde); - faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher); - aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes); - se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux). Le chiffre 8053 CIIAI prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2011 consid. 2).

A/844/2016 - 16/26 - c. L'aide est réputée importante, par exemple lorsque l'assuré peut certes manger seul, mais ne peut couper ses aliments lui-même, ou lorsqu'il peut les porter à sa bouche seulement avec les doigts (ATF 106 V 153 consid. 2b p. 158 s.), lorsque l'assuré ne peut se laver tout seul, ou se peigner, ou se raser, ou prendre un bain ou une douche (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 35/88 du 12 décembre 1988 consid. 1b in RCC 1989 p. 229, I 25/85, op. cit., consid. 1b in RCC 1986 p. 508 et I 410/84 du 23 avril 1985 consid. 1a in RCC 1986 p. 512). Si l'accomplissement d'un acte ordinaire est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'infirmité, cela ne signifie pas qu'il y ait une impotence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 25/85, op. cit., consid. 2b, in RCC 1986 p. 509). 6. En ce qui concerne la valeur probante d'un 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 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. 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). 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. 6.2; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; cf. arrêt 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2). 7. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). 8. a. Selon l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

A/844/2016 - 17/26 - Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.3). En matière d'assurance-invalidité, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) connaît une réglementation spécifique concernant les effets temporels de la modification du droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C_232/2011 du 15 novembre 2011 consid. 4.2). b. Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 9. Le 27 mai 2014, l'assurée a été mise au

bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1er janvier 2007. Il avait alors été considéré qu'elle avait besoin d'une aide régulière et importante pour trois actes ordinaires de la vie dès le mois de décembre 2003, à savoir se vêtir, faire sa toilette et aller aux toilettes, ainsi que pour un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et des soins permanents. Le 6 mars 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI, visant à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave. Il s'agit de déterminer si un changement notable des circonstances s'est produit en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la décision du 27 mai 2014 a été rendue et ceux qui sont constatés au moment de la décision litigieuse. 10. En l'espèce, l'assurée allègue que son état de santé s'est aggravé et produit des attestations des Drs E_____ et D_____ du 18 janvier 2016 et de la Dresse F_____ des 3 février 2016 et 7 mars 2016, confirmant que tel est bien le cas depuis quelques mois. Il y a à cet égard lieu de relever qu'une aggravation de l'état de santé n'a pas nécessairement d'impact sur le degré d'impotence. Elle ne se traduit pas

A/844/2016 - 18/26 - automatiquement, dans tous les cas, par un besoin accru d'aide dans les divers actes de la vie quotidienne. Il convient plutôt d'examiner si les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent se sont modifiées depuis la décision du 27 mai 2014, et justifient dorénavant de qualifier l'impotence de grave. 11. L'OAI s'est fondé sur le rapport d'enquête à domicile du 27 octobre 2015 pour constater qu'aucun changement n'était intervenu - l'assurée avait besoin d'une aide régulière et importante pour trois actes ordinaires de la vie et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et des soins permanents - et a considéré que l'allocation pour impotent de degré moyen devait être maintenue. 12. Il y a préalablement lieu d'examiner la valeur probante de ce rapport. a. Il a en l'occurrence été établi par une personne qualifiée. Il est complet et détaillé. Les observations de l'enquêtrice sont clairement décrites et bien expliquées. Elle n'a certes pas pris contact avec tous les médecins, mais s'est dûment renseignée auprès du médecin traitant, soit celui que l'assurée consultait le plus souvent selon ses propres dires. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter, en principe, des faits tels qu'ils ont été rapportés par l'enquêtrice, et précisés lors de son audition le 17 janvier 2017. b. À la suite de l'audience du 17 janvier 2017 au cours de laquelle l'enquêtrice a été entendue, par courrier du même jour, le mandataire de l'assurée s'est plaint d'une « désagréable apparence de connivence (collusion et complicité), couronnée par le fait que le témoin, dans le cadre des explications qui lui étaient demandées par le Tribunal, s'agissant du contenu de son rapport du 27 octobre 2015, a, contre toute attente, été jusqu'à produire en audience une pièce provenant non pas de son propre dossier, mais un document provenant précisément du dossier de l'OAI », et considère ainsi que l'OAI a violé le principe de la bonne foi entre administration et administrés. Il y a toutefois lieu de rappeler que 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). 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. 6.2; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; cf. arrêt 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, étant précisé qu'il appartient au juge d'apprécier les témoignages recueillis (art. 20 LPA). L'assurée ne montre par ailleurs pas en quoi l'enquêtrice aurait fait preuve de partialité ni dans

l'établissement de son rapport, ni lors de son audition. Aucun indice concret n'a été mis en évidence, le fait que celle-ci se réfère, en audience, à un document provenant du dossier AI n'en constituant pas un.

A/844/2016 - 19/26 - c. L'OAI s'est déterminé sur le courrier du mandataire de l'assurée du 17 janvier 2017 et a, quant à lui, prié la chambre de céans de ne plus convoquer les fonctionnaires de l'AI en tant que témoins dans l'instruction des causes portées devant elle. La chambre de céans rappellera à cet égard que l'enquêteur établit son rapport, le signe et prend des conclusions sur lesquelles l'OAI se fonde pour rendre une décision. Si la chambre de céans le juge nécessaire, elle l'entend comme témoin afin que le rapport soit complété ou précisé, étant ajouté que l'enquêteur ne représente en aucun cas l'OAI et n'en a du reste pas le pouvoir (art. 28 LPA). La LPA ne prévoit pas de possibilité autre que d'entendre l'enquêteur comme témoin (art. 26 et 31 LPA). 13. Le mandataire de l'assurée s'est dit par ailleurs surpris de ce que la chambre de céans ait accepté une demande tardive de prolongation de délai déposée par l'OAI, rappelant que la cause avait été gardée à juger après le 13 mars 2017. En réalité, à l'issue de l'audience, un délai au 13 mars 2017 a été imparti à l'OAI pour détermination après enquêtes. La cause n'a alors pas été gardée à juger. Quoiqu'il en soit, le 10 mars 2017, l'assurée a produit de nouveaux documents sur la base desquels l'OAI ne s'était pas encore prononcé. Une prolongation de délai au 28 mars 2017 lui a dès lors été accordée. 14. Les parties s'accordent sur le fait que l'assurée présente un besoin d'aide de façon régulière et importante pour se vêtir/se dévêtir, pour faire sa toilette, ainsi que pour aller aux toilettes. L'assurée allègue qu'elle a également besoin d'aide pour se lever/s'asseoir/se coucher, en raison de son importante surcharge pondérale et de ses douleurs musculaires diffuses (myalgies) avec des polyarthralgies, pour manger, ainsi que pour se déplacer. 15. a. L'enquêtrice a relevé que « lors de ma visite l'assurée semble s'être levée sans aide pour venir m'ouvrir la porte ». Elle précise cependant qu'elle a pu voir la personne chargée de l'aide à domicile aider l'assurée à s'asseoir à la table de la cuisine et constater que lorsque cette personne est partie, l'assurée s'est levée et assise à deux reprises seule, quoique difficilement. Elle en a conclu que l'assurée pouvait se lever et s'asseoir sans l'aide d'autrui. L'assurée conteste cette conclusion, qu'elle qualifie de hâtive. Elle souligne en effet que si elle peut effectivement se lever seule lorsque la personne chargée de l'aider n'est pas là, c'est au prix d'efforts douloureux et que cela lui occasionne une grande fatigue. Le Dr D_____ a du reste confirmé qu'il avait pu lui-même constater les difficultés qu'elle rencontrait pour se lever et s'asseoir. b. S'il n'est pas question de nier les difficultés à accomplir l'acte ordinaire de la vie en question, il y a toutefois lieu de rappeler que ces difficultés, à elles seules, ne suffisent pas à fonder une impotence.

A/844/2016 - 20/26 - Selon la jurisprudence en effet, si l'accomplissement d'un acte ordinaire est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'infirmité, cela ne signifie pas qu'il y ait une impotence (RCC 1986 p. 509). Dans cet arrêt paru dans la RCC 1986 p. 509, le recourant alléguait qu'il ne pouvait se laver ni les cheveux, ni le bras droit, ni le dos; il ne pouvait pas non plus couper les ongles de sa main droite. Après le lavage de ses cheveux, nécessaire tous les deux jours, il ne pouvait utiliser en même temps le peigne et le sèche-cheveux. Le Tribunal fédéral a considéré que cette dernière opération était tout aussi possible avec une main, en installant un sèche-cheveux fixé à la paroi et qu'avec des aménagements et instruments adéquats (savon fixé à la paroi, longue brosse), le recourant pouvait se laver lui-même le bras droit et le dos. Il en a conclu que si l'accomplissement d'un acte ordinaire est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'infirmité, cela ne peut

constituer une impotence. Le Tribunal fédéral a également jugé, dans cet arrêt rendu en 1986, que « d'après l'expérience générale des choses de la vie, il doit être possible au jeune recourant, en s'habituant à son handicap, de mettre et d'enlever jaquettes et chemises sans l'aide de tiers. En outre, il est tenu, en vertu de l'obligation de réduire les dommages, de se procurer des vêtements adaptés à son infirmité. On peut, en particulier, exiger de lui qu'il porte des chaussures sans lacets, par exemple avec des fermetures-éclair, ainsi que des chemises et autres vêtements pour le haut du corps sans boutons. Tant que l'on peut, grâce à des mesures appropriées, conserver l'indépendance dans l'accomplissement de certains actes ordinaires, il n'y a pas d'impotence pouvant ouvrir droit à l'allocation ». Le Tribunal fédéral a confirmé cette jurisprudence à plusieurs reprises, rappelant que l'assuré doit faire tout ce que l'on peut raisonnablement exiger de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 117 V 146 consid. 2 p. 148; arrêt du Tribunal fédéral 8C_437/2009 du 3 décembre 2009 ; 9C_907/2011). S'agissant de l'acte « se coucher », l'enquêtrice a rappelé que lors de la précédente enquête, il avait été conseillé à l'assurée d'effectuer des adaptations à son lit afin de faciliter le lever et le coucher. Or, elle a constaté qu'aucune adaptation n'avait été réalisée entre temps, alors qu'il était raisonnablement exigible que l'assurée adapte son lit pour faciliter les transferts. L'assurée a à cet égard expliqué qu'elle avait effectivement fait l'acquisition du lit préconisé, mais réalisant que ce lit n'était pas en mesure de lui apporter l'aide escomptée, elle l'avait revendu le 27 juin 2012. Selon l'enquêtrice cependant, l'assurée l'a informée le lendemain de sa visite, par téléphone, qu'elle avait trouvé un lit électrique double. On peut ainsi considérer que l'assurée dispose dorénavant d'un lit plus adapté à ses handicaps.

A/844/2016 - 21/26 - L'assurée a déclaré qu'elle avait surtout besoin d'aide pour se couvrir et s'installer au lit. Il est vrai que s'il est impossible à l'assurée, une fois au lit, de se couvrir ou de s'allonger elle-même, elle doit être considérée comme impotente en ce qui concerne cet acte ordinaire de la vie (CIIAI, ch. 8016). L'enquêtrice a indiqué qu'elle n'avait certes pas eu l'occasion de constater si l'assurée avait ou non des difficultés à se couvrir une fois au lit, mais qu'elle avait considéré qu'il n'y avait pas de raison, « à voir », que celle-ci ne puisse pas tirer à elle une couverture. Elle a ajouté qu'il n'était pas médicalement justifié que l'assurée ne parvienne pas à se couvrir. Le Dr C_____ a en effet déclaré « Je ne vois pas de raisons pour lesquelles l'assurée ne pourrait pas se recouvrir lorsqu'elle est couchée. Il est normal que l'assurée ressente des brûlures aux mains, là où se trouvent les tendons lorsqu'elle fait le geste de se recouvrir, mais la brûlure ne se ressent que le temps du mouvement, de sorte que l'on peut considérer qu'elle peut en principe effectuer cet acte sans aide, pour autant que la couette ne soit pas trop lourde ». Il y a ainsi lieu de considérer que l'assurée peut se lever, s'asseoir, se coucher sans aide, même si c'est avec difficultés.

16. S'agissant de l'acte ordinaire de la vie intitulé « manger », l'enquêtrice a constaté que « L'assurée porte une attelle à la main droite qui selon elle l'empêche de couper les aliments et les porter à sa bouche, elle porte aussi le bras gauche en écharpe. Selon son médecin traitant, le Dr C_____, contacté par téléphone le 27 octobre 2015, il n'a pas connaissance d'un problème à la main droite et n'a lui-même jamais prescrit d'attelle. Cela lui semble « exagéré » que Madame ait besoin d'aide pour s'alimenter ou boire. Par ailleurs, il dit ne jamais avoir vu sa patiente en consultation avec une attelle, il ne sait pas non plus pourquoi elle porte le bras gauche en écharpe. Il voit l'assurée en consultation plusieurs fois par année. L'aide pour couper les aliments ou porter à la bouche n'est pas actuellement médicalement justifiée. Aucun élément médical ne figure au dossier justifiant d'une atteinte aux mains ou aux bras. L'aide pour cet acte ne peut pas être prise en compte actuellement ».

En préambule, l'enquêtrice mentionnait que « comme c'était le cas lors de l'enquête précédente, elle porte une attelle à la main droite et le bras gauche en écharpe. Malgré cela elle parvient à tenir sa canne, ouvrir et fermer la porte d'entrée à l'aide de ses clés, faire usage de son téléphone portable ». Interrogé par la chambre de céans lors de l'audience du 28 février 2017, le Dr C_____ a précisé que « Je me souviens avoir eu un entretien téléphonique avec l'infirmière chargée de l'enquête à domicile le 27 octobre 2015. J'étais alors en consultation. Je n'ai donc

A/844/2016 - 22/26 - pas pu sortir le dossier de l'assurée à ce moment-là. Je confirme que je n'ai pas prescrit d'attelle. Je crois que c'est la Permanence de Vermont qui la lui a prescrite. C'est une bonne chose, car la tendinopathie nécessite la mise au repos. Je lui avais quant à moi prescrit des séances de physiothérapie. Je précise que l'attelle était portée au poignet droit. J'ai vu ma patiente le 28 octobre 2015. Elle portait cette attelle et avait le bras (je n'ai pas précisé lequel) en écharpe. Lorsque je l'ai revue le 1er décembre 2015, l'attelle était au poignet droit et l'écharpe au bras gauche. L'écharpe peut être utile en cas de déplacements. Il ne faut toutefois pas la porter tout le temps, car elle peut bloquer l'articulation. Je ne sais pas quel médecin lui a recommandé le port d'une écharpe. Je n'imaginai en effet pas qu'elle avait besoin d'aide pour porter les aliments à la bouche, par exemple. Je pense qu'elle peut être autonome pour manger (couper les aliments ou les porter à la bouche) ». L'assurée a considéré, au vu même des déclarations du Dr C_____, que le besoin d'aide devait être admis pour la fonction partielle « couper les aliments ». Force est de constater toutefois que le médecin a clairement conclu qu'elle pouvait, sans aide, couper les aliments et les porter à sa bouche. Lorsqu'elle a été entendue par la chambre de céans, l'enquêtrice a précisé que « j'ai vu que l'assurée portait une attelle à la main droite et le bras gauche en écharpe. Je n'ai pas eu l'occasion de la voir manger. Le fait qu'elle puisse tenir une canne avec la main droite m'a fait penser qu'elle pouvait également porter les aliments à sa bouche. Le contraire me paraissait de visu incohérent. Selon mon expérience d'infirmière, je pense qu'un bras en écharpe et une attelle ne devraient pas empêcher de couper des aliments, en tous cas pas des aliments mous. En revanche, il ne lui serait pas possible, à mon avis, qu'elle puisse préparer à manger ». Or, il n'y a pas d'impotence si l'assuré n'a besoin de l'aide directe d'autrui que pour couper des aliments durs, car de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours et l'assuré n'a donc pas besoin de cette aide de façon régulière ni dans une mesure considérable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_30/2010). L'assurée reproche notamment à l'enquêtrice de ne pas avoir relevé dans son rapport que la personne chargée de l'aide à domicile l'a aidée à boire son café à la paille et lui a donné ses médicaments dans la bouche. L'enquêtrice a à cet égard déclaré qu'elle avait effectivement constaté que l'assurée buvait avec une paille, qu'elle en avait été surprise, considérant que ce n'était pas cohérent, mais avait omis de l'indiquer dans son rapport. Le Dr C_____ a quant à lui confirmé que les personnes atteintes de polyarthrite utilisent couramment des pailles, précisant toutefois qu'il ne l'avait pas conseillé à l'assurée. La chambre de céans constate que la question de savoir si l'assurée peut ou non, couper les aliments et les porter à sa bouche seule, n'a pas été clairement élucidée.

A/844/2016 - 23/26 - Ni le médecin traitant, ni l'enquêtrice n'a eu l'occasion de la voir manger. Cette question peut toutefois être laissée ouverte au vu de la réponse apportée au considérant 15 ci-dessus concernant l'acte ordinaire de la vie : se lever/s'asseoir/se coucher. 17. S'agissant de l'acte « se déplacer » a. La Dresse F_____ a relevé que la patiente souffrait d'une agoraphobie importante l'empêchant de faire ses courses et de se déplacer

dans les lieux publics. L'enquêtrice ne mentionne pas l'agoraphobie dans son rapport, mais a assuré qu'elle en avait tenu compte, tout en considérant que des personnes souffrant d'agoraphobie peuvent fort bien prendre le bus seules. Elle a toutefois admis qu'elle n'imaginait certes pas l'assurée se rendre seule faire ses courses, aller à La Poste, etc., mais que « ces points sont compris sous « accompagnements » pour faire face aux nécessités de la vie ». Il est vrai que selon la Circulaire CIIAI, nos 8024 et 8048, la nécessité de l'aide pour entretenir des contacts, afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes psychiquement handicapées), ne doit être prise en compte qu'au titre de « l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie » (CIIAI ch. 8040 ss), mais non de la fonction partielle « entretenir des contacts sociaux » (CIIAI ch. 8048). Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par ex. une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (CIIAI ch. 8024 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C-691/2014). b. L'enquêtrice a constaté que l'assurée se déplaçait avec une canne dans l'appartement sans aide particulière. L'assurée lui a expliqué qu'elle se rendait seule en tram à ses rendez-vous au CAPPI environ 3 x par mois, « car cela coûte trop cher de payer quelqu'un ou prendre le taxi ». Le médecin traitant lui a confirmé, lors du téléphone du 27 octobre 2015, qu'elle venait seule à ses consultations. L'enquêtrice en a conclu que pour le moment, l'assurée était autonome pour le peu de déplacements qu'elle réalisait à l'extérieur, soit pour des rendez-vous médicaux uniquement. On ne comprend pas bien les déclarations qu'aurait faites l'assurée à l'enquêtrice. Entendu par la chambre de céans, le Dr C _____ a en effet indiqué que « je crois savoir que l'assurée venait à mes consultations, accompagnée. (...) Il me paraît en effet difficile pour elle d'utiliser les transports publics, dans la mesure où elle a des difficultés à s'asseoir, se lever. Je voyais parfois la personne qui l'accompagnait dans la salle d'attente ».

A/844/2016 - 24/26 - On ne saurait quoi qu'il en soit admettre que l'assurée puisse se déplacer à l'extérieur sans aide et en utilisant les transports publics, compte tenu de ses difficultés à se lever/s'asseoir, constatées du reste par l'enquêtrice. Aussi le besoin d'aide de tiers pour se déplacer à l'extérieur doit être reconnu. 18. L'assurée a confié à l'enquêtrice qu'elle faisait appel aux services de dames de compagnie afin d'être aidée dans ses activités de la vie quotidienne, depuis octobre 2014. Son ex-mari et ses enfants remplissaient auparavant cette fonction de veille et d'assistance. Le 5 juin 2015, le Dr C _____ a indiqué que deux personnes rétribuées se relayaient pour passer deux fois par jour chez la patiente matin et soir. Il considère qu'une augmentation de l'allocation est justifiée vu l'aggravation de l'impotence actuellement. Les Drs E _____ et D _____ ont confirmé le 18 janvier 2016 que « l'assurée de longue date ferait appel aux services de dames de compagnie afin d'être aidée dans ses activités de la vie quotidienne, comme son hygiène, l'alimentation et soutien psychologique ». Il est noté dans le cadre de la première demande d'allocation pour impotent déposée en 2011 que depuis 2007 déjà, un infirmier venait à son domicile jusqu'à quatre fois par semaine pour éviter les rechutes et les angoisses liées à l'isolement. Force est de constater que l'aide dont a besoin l'assurée devient de plus en plus importante depuis la décision du 27 mai 2014. Cette aide n'est cependant pas suffisante pour justifier l'octroi d'une allocation pour impotence de degré grave. Il y a en effet lieu de rappeler qu'une telle allocation ne peut être accordée que si l'assuré a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins

permanents ou une surveillance personnelle (art. 37 al. 1 RAI). En l'occurrence, il résulte de ce qui précède que l'assurée n'a pas besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour tous les six actes ordinaires de la vie. 19. Les atteintes au poignet, à la main et à l'épaule ayant été attestées par de nombreux certificats médicaux, et les douleurs largement explicitées, l'assurée considère qu'il conviendrait de procéder à un examen médical complémentaire si nécessaire, plutôt que de se fonder sur l'observation de l'enquêtrice. Le juge peut toutefois renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans d'ailleurs que cela n'entraîne une violation du principe de la maxime inquisitoire ou une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 130 II

A/844/2016 - 25/26 - 425 consid. 2.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, aucun acte d'instruction supplémentaire ne se justifie. 20. Aussi le recours est-il rejeté.

A/844/2016 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.