

## **GE\_GERICHTE A/2841/2011 vom 31. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2841\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2841_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/2841/2011 du 31 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2841/2011 del 31 maggio 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 31.05.2012  
A/2841/2011

A/2841/2011 ATAS/747/2012 du 31.05.2012 ( AI ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2841/2011  
ATAS/747/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 31 mai  
2012 3 ème Chambre En la cause Madame P \_\_\_\_\_, domiciliée chemin Ami-Argand  
21, 1290 Versoix, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE  
recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame P \_\_\_\_\_  
(ci-après : l'assurée), née en 1970 et mère de trois enfants en bas âge, dont des jumeaux nés  
en 2010, est au bénéfice d'une rente d'invalidité entière (décision du 6 janvier 2004) ainsi  
que d'une allocation pour impotence grave (décision du 6 janvier 2004 et décision sur  
opposition du 25 février 2004, décision du 2 avril 2004), servies par l'OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE de Genève (ci-après : OAI). Lors de l'octroi de l'allocation  
pour impotent, l'OAI s'est notamment fondé sur un rapport établi par Madame  
Q \_\_\_\_\_, le 12 décembre 2003, suite à une enquête effectuée au domicile de  
l'assurée. Il ressort notamment de ce rapport que lors de ladite enquête, l'assurée était dans  
une grande faiblesse physique et psychique. Elle souffrait beaucoup de son état de  
dépendance envers autrui. Elle se déplaçait en chaise roulante, y compris dans son  
appartement, et portait une minerve une partie de la journée. Pour les actes quotidiens, le  
besoin d'aide était décrit de la manière suivante : Se vêtir et se dévêtir : en raison de sa  
faiblesse, de son manque de mobilité vu l'atteinte à sa colonne vertébrale, de la paraplégie  
et des troubles neurologiques l'assurée avait beaucoup de peine à enfiler un training, choisi  
très large. Lorsqu'elle souhaitait s'habiller « normalement », elle devait demander de l'aide  
pour le boutonnage ou pour fermer le soutien-gorge et ce, même si elle le fermait par  
devant, les crochets étant trop petits. Se lever, s'asseoir et se coucher : l'assurée avait besoin  
d'aide pour le coucher et pour la plupart des transferts. Manger : tous les matins, le  
compagnon de l'assurée, Monsieur R \_\_\_\_\_, lui apportait un yaourt au lit pour  
qu'elle puisse prendre ses médicaments. Elle n'arrivait d'ailleurs pas à ouvrir certains  
yaourts. Pour la nuit, il devait également lui amener une bouteille d'eau, en prenant garde  
de dévisser le bouchon. A midi, l'assurée ne mangeait souvent qu'une barre de céréales. En  
raison du peu de force et des troubles neurologiques de ses deux mains, avec perte de  
sensibilité et lâchage, elle ne parvenait pas à couper des aliments, tels que les pizzas  
apportées par la mère de son compagnon, les fruits ou encore les carottes. La mère de son  
compagnon amenait souvent les repas qu'il fallait simplement réchauffer. Il fallait en outre  
couper les aliments en de très petits morceaux ou parfois les hacher, la déglutition étant de  
temps à autre problématique. Enfin, il arrivait à l'assurée de faire des « fausses routes ».  
Faire sa toilette : l'assurée avait besoin d'aide pour le bain et la douche, notamment pour

entrer et sortir de la baignoire car elle ne parvenait pas à faire, sans aide, le transfert sur le siège spécial qui y était installé. Aller aux toilettes : l'assurée souffrait d'une double incontinence et devait porter des couches. Elle devait installer des alèzes jetables. La nuit, il lui arrivait de demander à son compagnon de l'aider à changer son drap housse lorsqu'il y avait eu un « débordement ». Se déplacer : l'assurée se déplaçait à l'intérieur avec sa chaise roulante. A l'extérieur, elle avait besoin d'être poussée dans son fauteuil pour les trajets d'une certaine importance et pour les endroits difficiles d'accès. Elle ne pouvait pas utiliser les transports publics ni conduire son véhicule de sorte qu'elle devait solliciter Transports Handicap presque tous les jours pour se rendre à ses rendez-vous. Surveillance : la surveillance était surtout en lien avec le besoin d'aide, présent dans tous les actes ordinaires de la vie. Les moyens auxiliaires utilisés étaient les suivants : fauteuil roulant, aménagement de la salle de bain, rampes pour franchir les seuils et se rendre sur la terrasse, pince pour ramasser les objets tombés sur le sol. L'assurée était aidée par son compagnon ainsi que par la mère de celui-ci. De plus, une voisine ayant travaillé dans un EMS lui apportait son aide chaque jour. Une procédure de révision de la rente d'invalidité a été initiée en octobre 2006. Dans le cadre de cette révision, la Dresse A\_\_\_\_\_, médecin adjoint à la Division des paraplégiques des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) et médecin traitant de l'assurée, a établi, en date du 21 décembre 2006, un rapport dans lequel elle a posé les diagnostics suivants : atteinte fonctionnelle complète du membre inférieur droit, séquellaire d'une fasciite nécrosante ; parésie majeure du membre inférieur gauche d'origine post-traumatique par probable contusion médullaire ; troubles de sensibilité dans les deux membres inférieurs ; faiblesse musculaire dans le membre supérieur gauche, d'origine post-traumatique, par contusion cervicale, s'accompagnant de troubles de sensibilité avec dysesthésies au niveau de la main ; troubles vésico-sphinctériens avec urgences mictionnelles, dysurie et douleurs rénales ; troubles du transit intestinal avec parfois incontinence, d'origine mixte (atteinte neurologique probable et séquelles de multiples interventions au niveau du côlon) ; rigidité douloureuse du rachis, séquellaire de multiples problèmes : intervention pour scoliose, avec pose de tiges de Harrington, traumatisme du rachis cervical, troubles statiques lombo-sacrés avec dystrophie osseuse, discopathie L3-L4 et sclérose sacro-iliaque ; séquelles de traumatisme crânio-cérébral, avec céphalées, photophobie et perte d'équilibre ; angoisses, anxiété, troubles du sommeil, état de fatigue générale et asthme. L'intéressée était incapable d'exercer la moindre activité professionnelle. Les moyens auxiliaires suivants étaient en outre indispensables : fauteuil roulant manuel et coussin anti-escarres ; chaise LEVO et coussin anti-escarres ; Swisstract ; lit électrique et matelas anti-escarres ; véhicule adapté avec commandes au volant ; rehausse-WC ; barre d'appui ; siège de bain (Aquatec) ; rampe d'accès et adaptations du lieu de vie au handicap ; pince pour ramasser les objets ; coussin pour surélever les membres inférieurs et oreiller de soutien cervical. Enfin, l'assurée avait besoin d'une aide ponctuelle pour la douche, se laver les cheveux et pour s'habiller. Il en allait de même pour le ménage, les courses et la lessive, pour la préparation des repas (la diminution de force ne lui permettant pas de couper les aliments), pour les déplacements à l'extérieur et les transferts hors de chez elle. Quant aux soins personnels, ils pouvaient être effectués par l'assurée mais lui demandaient beaucoup plus de temps qu'à une autre personne. Le 9 janvier 2007, l'OAI a informé l'assurée que sa rente d'invalidité restait inchangée. Le 15 décembre 2009, l'OAI a ouvert une procédure de révision de l'allocation pour impotence. A teneur du questionnaire que l'assurée a rempli le 26 décembre 2009, son état de santé était toujours le même, certains aspects s'étant toutefois améliorés, notamment

lorsqu'elle ressentait moins de douleurs. Lorsque les douleurs, la fatigue musculaire et la rigidité dorsale le permettaient, elle arrivait à se mobiliser plus facilement, mais avec des limites. Elle avait besoin d'aide pour se vêtir/se dévêtir en cas de boutonnage ou d'accrochage dans le dos, pour manger quand il y avait besoin d'amener quelque chose au lit, pour faire sa toilette et plus particulièrement pour la douche et le bain et pour se déplacer à l'extérieur. Elle n'avait en revanche pas besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher ni pour aller aux toilettes. Elle avait cependant des troubles du transit intestinal et vésico-sphinctériens. Elle n'avait pas besoin de soins permanents mais bénéficiait de massages décontractants. Elle n'avait pas non plus besoin d'une surveillance particulière. Enfin, elle précisait qu'elle avait besoin d'aide pour certaines activités. Dans le cadre de la révision de l'allocation pour impotent, la Dresse A\_\_\_\_\_ a rempli, le 12 mars 2010, un formulaire dans lequel elle a mentionné les diagnostics d'ores et déjà évoqués dans son rapport du 21 décembre 2006 (voir supra ch. 3). La Dresse A\_\_\_\_\_ a cependant relevé une légère amélioration de l'état de santé de sa patiente, tout en précisant que le compagnon de cette dernière devait lui apporter une aide régulière et importante pour les actes ordinaires de la vie. Une enquête à domicile a eu lieu en date du 7 juin 2010. Selon le rapport y consécutif, établi par Madame S\_\_\_\_\_, infirmière, l'assurée gérait de la manière suivante les actes ordinaires de la vie : Se vêtir / se dévêtir : l'assurée pouvait se vêtir seule mais avait des difficultés pour fermer les boutons et agraffer son soutien-gorge en raison des attaches. La femme de ménage fermait les chemises lors de leur repassage de sorte que l'assurée n'avait plus qu'à les enfiler par le haut. Elle ne pouvait pas mettre seule des bas, en raison d'une raideur du tronc. L'assurée ne portait en outre plus que des chaussures sans lacets pour pouvoir les enfiler sans se baisser. Enfin, l'assurée choisissait ses vêtements sans aide. L'infirmière a cependant constaté que l'assurée pouvait changer ses bûches d'un mois sans aide. Elle les allongeait par terre de peur qu'ils ne tombent de la table à langer, mettait les produits et Pampers à proximité pour ne pas devoir se relever. De plus, l'assurée pouvait se toucher les chevilles sans difficultés lorsqu'elle était assise sur son canapé très bas. Cependant, dans le doute, l'infirmière a conclu à un besoin d'aide. Se lever / s'asseoir / se coucher: l'assurée marchait avec des cannes. Elle pouvait sans aide : se lever du canapé bas et prendre ses cannes gardées à proximité, s'asseoir et se coucher mais ne pouvait se couvrir lorsque le duvet était au pied du lit. L'enquêtrice a dès lors estimé que l'assurée n'avait pas besoin d'aide pour cet acte ordinaire. Manger (des repas préparés normalement) : lorsqu'elle avait ses crises, l'assurée restait alitée et son compagnon lui amenait à manger au lit. Cependant, la plupart du temps, elle mangeait à une petite table de salon avec son compagnon et son fils aîné. Elle pouvait préparer son assiette sans aide. Elle ne mangeait pas de viande et ne pouvait couper une carotte crue avec un couteau. Elle pouvait préparer un repas et confectionner des biscuits de Noël en se mettant à une table proche de la cuisine. Elle donnait à manger à son enfant et pouvait préparer son repas. Elle cuisinait également avec l'aide d'un tabouret des repas pour elle-même et son ami. L'assurée n'arrivait pas à couper une pizza. Cependant, l'aide apportée pour couper une pizza n'étant pas régulière, il n'en a pas été tenu compte, pas plus que du fait de ne pas pouvoir ouvrir un pot de confiture ou une bouteille d'eau, par manque de force. L'assurée n'avait pas besoin d'aide pour manger. Elle prenait cependant garde de ne pas manger des aliments provoquant la diarrhée et de maintenir un transit régulier. L'infirmière a considéré que l'assurée n'avait pas besoin d'aide pour cet acte ordinaire. Faire sa toilette : l'assurée n'avait besoin d'aide ni pour sa toilette du matin ni pour se coiffer, mais en revanche pour entrer dans la baignoire, munie d'un siège et pour en sortir. Une fois dans sa baignoire, elle parvenait à se laver seule sauf le

dos, pour lequel elle avait besoin de l'aide de son compagnon. Il en allait de même pour se laver les cheveux au lavabo étant donné qu'elle ne le faisait pas dans la baignoire.

L'enquêtrice a conclu à un besoin d'aide régulier et important dans cet acte ordinaire. Aller aux toilettes : l'assurée portait des slips jetables. Lorsqu'elle était chez elle, elle portait des protections qu'elle changeait sans aide. Elle avait cependant besoin d'aide de temps à autre, lorsqu'elle se sentait fatiguée et restait alitée. Elle n'avait pas besoin d'aide pour se laver ou contrôler la propreté. L'assurée avait une pompe pour vider sa vessie, qu'elle utilisait sans aide. Elle allait souvent aux toilettes pour éviter les fuites et devait régulièrement utiliser des mini-lavements pour aller à selles. L'infirmière a donc considéré que l'assurée n'avait pas besoin d'aide pour cet acte ordinaire.

Se déplacer : dans son appartement, l'assurée pouvait se déplacer de manière autonome à l'aide de cannes. Elle se mettait parfois à quatre pattes pour passer le seuil du balcon. Elle ne pouvait cependant ni monter ni descendre un escalier sans aide. A l'extérieur, l'assurée pouvait se déplacer avec sa voiture adaptée sur des trajets connus lorsqu'elle était attendue à l'arrivée. Elle ne pouvait cependant se rendre toute seule à Lausanne par exemple ou aller en ville faire ses courses. Elle se rendait chez son médecin accompagnée par son compagnon. L'assurée avait un bon réseau social autour d'elle, comprenant sa mère et sa belle mère, qui venaient régulièrement lui apporter des repas, qu'il suffisait de réchauffer. Elle avait également des amies qui pouvaient venir l'aider si nécessaire. Sa mère et sa belle-mère étaient souvent présentes pour apporter de l'aide vu la naissance des jumeaux, un mois auparavant. Elle n'avait pas besoin de l'aide de tiers pour entretenir des contacts sociaux. L'enquêtrice a conclu qu'une aide était nécessaire s'agissant pour se déplacer dans l'appartement et se déplacer à l'extérieur. L'assurée n'avait pas besoin d'un accompagnement durable ni d'une surveillance personnelle, dès lors qu'elle pouvait rester seule, avec trois enfants en bas âge, lorsque son compagnon s'absentait même si elle n'aimait pas cela, étant donné qu'elle avait besoin d'aide pour prendre soin des enfants. Il était précisé que l'assurée gérait seule ses médicaments et qu'elle utilisait les moyens auxiliaires suivants : Swiss trac, chaise roulante, coussin anti-escarre, rehausseur pour les toilettes, aquatec, chaise levo, barre d'appui, coussin pour le lit, voiture adaptée, seuil pour passer la porte d'entrée. Ont été mentionnés à titre de moyens auxiliaires pouvant encore permettre de diminuer l'impotence : une rampe pour sortir sur la terrasse et une douche adaptée, qui permettrait à l'assurée de se laver seule. En conclusion, l'infirmière a considéré que l'assurée allait beaucoup mieux que lors de l'enquête de 2003. Seuls trois actes de la vie quotidienne étaient désormais touchés, l'acte de s'habiller pouvant prêter à discussion ainsi que l'acte de se laver, qui pourrait être résolu avec une douche à niveau. Cependant, une allocation pour impotent de degré léger se justifiait largement. Le 14 juin 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait réduire l'allocation au motif que son impotence n'atteignait plus qu'un degré léger, seuls trois actes ordinaires pouvant encore être retenus. L'assurée s'y est opposée par courrier du 15 août 2010. Elle a notamment complété le rapport d'enquête comme suit : Concernant les repas, elle mangeait la plupart du temps à midi et le soir au salon, mais lors des moments de crise, ces deux repas devaient être pris au lit, comme cela était d'ailleurs le cas, tous les matins, pour son petit-déjeuner. De plus, les troubles de sensibilité dans les mains faisaient qu'elle n'arrivait pas à couper tout aliment dur, les pizzas et les carottes n'étant que deux exemples. Ces troubles l'empêchaient également d'ouvrir pots, conserves etc. et la limitaient pour soulever tout ce qui était lourd, comme, par exemple, une casserole pleine d'eau. Elle continuait en outre à faire des fausses routes, de sorte qu'elle restait contrainte de couper les aliments en petits morceaux, à les hacher ou à privilégier ceux de type yogourt, compote,

etc. Elle rappelait en outre qu'elle souffrait d'une double incontinence, ce qui la contraignait à porter des protections ou slips jetables. Elle devait également souvent vider sa vessie à l'aide de petites seringues et utiliser des lavements de type Microclists ou Practoclis, pour lesquels elle avait besoin d'aide. Lors du coucher, elle avait non seulement besoin d'aide pour se couvrir lorsque le duvet était en bas du lit mais également pour positionner ses jambes sur le coussin médicalisé qui les surélevait. En cas de crise physique ou de mauvais jours, son compagnon devait en outre l'aider à se lever et à se coucher. Ce besoin d'aide restait régulier et pouvait se faire ressentir une à deux fois par semaine ou toute une semaine de suite. Elle avait besoin d'un accompagnement plusieurs heures par semaine pour des activités et contacts hors du domicile, notamment pour les achats, les loisirs et les rendez-vous médicaux. Lors de fortes douleurs, le compagnon de l'assurée devait lui faire des injections d'antidouleurs et quotidiennement lui mettre des compresses et des crèmes de type pour soulager ses douleurs cervicales et dorsolombaires chroniques. De plus, elle avait besoin de massages décontractants (dos, nuque et jambes) et d'exercices de renforcement et d'étirement musculaires. Elle devait en outre porter une partie de la journée sa ceinture abdominale de soutien et, régulièrement, des bas de contention qu'elle ne pouvait mettre seule en raison des problèmes de sensibilité. Enfin, elle devait régulièrement prendre des antibiotiques en raison d'infections urinaires récurrentes. L'assurée relevait également qu'elle nécessitait une surveillance personnelle accrue concernant les soins et la prévention à faire quotidiennement, afin d'éviter les complications liées à l'atteinte médullaire (cutanées, urinaires, intestinales et ostéo-articulaires entre autres). Enfin, elle relevait que, globalement, les progrès se limitaient surtout aux améliorations sur le plan psychologique suite à la naissance de ses enfants ainsi que suite à une mobilisation plus facile mais ne modifiaient en rien la situation générale. L'assurée concluait au maintien d'une allocation pour impotence grave. En annexe à ce courrier figurait un rapport de la Dresse A\_\_\_\_\_, du 12 août 2010, dans lequel ce médecin rappelait notamment les diagnostics déjà connus et relevait en outre que la marche avec cannes n'était possible que sur de très courtes distances, l'équilibre restant précaire et le risque de chutes important. Quant aux déplacements sur de longues distances, ils se faisaient avec un véhicule automobile adapté mais l'assurée avait besoin d'aide au départ et à l'arrivée pour manipuler le fauteuil roulant (le mettre et le sortir du véhicule). Les douleurs et troubles de la sensibilité du membre supérieur gauche étaient une gêne dans les préhensions, quels que soient les actes de la vie quotidienne. Quant aux troubles de la sensibilité cutanée au niveau du siège et des membres inférieurs, ils augmentaient les risques de plaies ou de brûlures, ce qui nécessitait une surveillance accrue dans tous les actes. Pour éviter l'incontinence, l'assurée était obligée d'effectuer des exonérations de selles dirigées (suppositoires ou micro-lavements) qu'elle ne pouvait effectuer seule. La Dresse A\_\_\_\_\_ rappelait également les gênes occasionnées par les troubles vésico-sphinctériens et la rigidité douloureuse du rachis. Le médecin concluait que : « comme tout patient qui présente une atteinte neurologique incomplète, [l'assurée] est sujette à d'importantes fluctuations dans ses capacités fonctionnelles : d'un jour à l'autre, selon l'importance des douleurs et de la spasticité, elle peut devenir totalement dépendante d'une tierce personne. Si elle n'avait pas son compagnon avec elle, elle devrait avoir recours à des soins à domicile ». Après examen du dossier médical de l'assurée, le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin au SERVICE MEDICAL REGIONAL de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a préconisé, les 13 septembre et 26 octobre 2010, une expertise neurologique par le Département des

Neurosciences Cliniques, Service de Neurologie, des HUG. Dans leur rapport du 19 avril 2011, les Drs U\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et V\_\_\_\_\_, médecin interne auprès de la Clinique de Neurologie, ont retenu les diagnostics suivants : atteinte fonctionnelle complète du membre inférieur droit sur fasciite nécrosante à staphylocoques de la loge postérieure du mollet avec drainage le 31 juillet 1999, reprise chirurgicale le 1<sup>er</sup> août 1999 et fermeture secondaire de la plaie le 5 août 1999 ; parésie post-traumatique du membre inférieur gauche sur contusion médullaire en 2002, associée à des troubles de la sensibilité du siège et des deux membres inférieurs ; faiblesse musculaire post-traumatique du membre supérieur gauche sur contusion cervicale en 2002, associée à des troubles sensitifs de la main ; troubles du transit intestinal d'origine mixte (neurologique probable et séquelles de multiples interventions au niveau du colon), associés à une incontinence et des douleurs périnéales secondaires ; troubles vésico-sphinctériens avec incontinence urinaire avec alternance de rétentions douloureuses et de mictions impérieuses ; rigidité douloureuse du rachis d'origine mixte (tige de Harrington, traumatisme cervical en 2002, discopathie L3-L4 et sclérose sacro-iliaque depuis 2004) ; troubles thymiques, avec état dépressif récurrent sans symptômes psychotiques, stupeur dissociative, trouble panique, anxiété généralisée ; séquelles de traumatisme crânio-cérébral en 2002 avec céphalées et photophobie récidivantes. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un dolichomégacolon avec volvulus incomplet du sigmoïde, avec colectomie gauche et anastomose transverso-rectale, latéro-terminale, le 9 février 1996, laparotomie exploratrice avec adhésiolyse le 21 mars 1997, occlusion intestinale en 1999, colectomie totale en 1999, incontinence fécale complète, asynchronisme abdomino-pelvien ; une scoliose traitée par tige de Harrington en 1983, associée à une décompensation des segments sous-jacents ; une lithiase et infection biliaire avec cholécystectomie en 1991 et de l'asthme. Au vu des propos de l'assurée et de leurs constatations objectives, les Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ ont considéré qu'il ne faisait aucun doute que l'assurée avait besoin d'aide pour l'ensemble des actes ordinaires de la vie. Sans l'aide quotidienne et de tous les instants de son compagnon, elle serait contrainte de recourir à des soins à domicile, de façon conséquente. Les experts ont précisé avoir eu l'occasion d'apprécier la marche de l'assurée, qui, en absolu, est proche de l'impossible, les quelques pas effectués permettant plutôt la réalisation de transferts, du lit à la chaise et inversement. En outre, le pronostic restait très réservé, une amélioration substantielle de la capacité de marche ou de la réalisation de gestes fins semblant fort improbable et ce, malgré l'utilisation de moyens médicamenteux ou auxiliaires en tous genres. Les experts ont cependant relevé une évolution favorable sur le plan thymique, suite à la naissance des enfants de l'assurée. Le 23 mai 2011, le Dr T\_\_\_\_\_ a émis, pour le compte du SMR, l'avis que, compte tenu des constats et conclusions des experts neurologues mandatés ainsi que de la documentation peu précise de la situation neurologique lors de l'octroi de la rente en 2002 et de celui de l'allocation pour impotence en 2004, il considérait qu'une amélioration de l'état de santé ne pouvait être démontrée, l'assurée restant dépendante pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne, avec un pronostic réservé quant à une amélioration. Le 9 juin 2011, l'OAI a informé l'assurée que son droit à une rente d'invalidité entière restait inchangé. Considérant que l'expertise des Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ ne concernait que l'aspect médical et que l'enquête à domicile démontrait que l'assurée n'était dépendante d'autrui que pour trois actes ordinaires, l'OAI a notifié à l'assurée, en date du 18 août 2011, une décision remplaçant l'allocation pour impotence grave par une allocation pour impotence légère. Représentée

par CAP PROTECTION JURIDIQUE, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours en date du 19 septembre 2011, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 18 août 2011 et à la confirmation de son droit à une allocation pour impotence grave. La recourante conteste tout d'abord un gain d'autonomie et rappelle qu'elle n'est que très rarement seule chez elle, son compagnon, la mère de celui-ci ou sa propre mère étant la plupart du temps présents pour l'accompagner. Elle évoque ensuite des contradictions dans le rapport d'enquête, par exemple lorsque l'infirmière indique, dans un premier temps, qu'elle peut préparer des repas et ensuite que les repas sont régulièrement amenés par sa mère et sa belle-mère. La recourante allègue avoir besoin de l'aide d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie. A l'appui de ses dires, elle mentionne le fait qu'elle ne peut pas couper tous les aliments, qu'elle ne peut aller aux toilettes que d'une manière inhabituelle ou encore qu'elle a besoin d'aide pour se couvrir quand elle se trouve dans son lit. L'intéressée relève également qu'elle a besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux activités hors du domicile ainsi que d'une surveillance, en lien direct avec le besoin d'aide dans tous les actes ordinaires. Enfin, elle conteste que ses grossesses lui auraient permis de gagner de l'autonomie. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu par écriture du 18 octobre 2011 en concluant au rejet du recours. L'intimé considère, en ce qui concerne l'acte de se couvrir dans son lit, que la position des coussins et de la couverture ou du duvet peut être adaptée pour permettre l'autonomie de la recourante. Il relève ensuite que l'autonomie a été retenue pour l'acte de manger mais non pour celui de préparer les repas. Il est notamment d'avis que la recourante, qui ne mange pas de viande, peut couper les aliments qui se trouvent dans son assiette les pizzas de même que les carottes crues n'étant pas consommées tous les jours. Il admet qu'une aide est probablement ponctuellement nécessaire pour couper certains aliments. Cependant, ce besoin n'étant régulier, il ne peut être admis. S'agissant de l'acte d'aller aux toilettes, l'office intimé constate que la recourante peut changer ses protections sans aide. Quant aux lavements, ils ne sont effectués qu'en cas de constipation. La recourante peut effectuer des petits lavements seule. Les plus grands lavements, qui nécessitent de l'aide, ne sont pas constants et réguliers. L'intimé admet qu'un encadrement est certainement utile et nécessaire à la recourante mais qu'il se fait dans une mesure insuffisante pour admettre la nécessité de soins ou d'une surveillance personnelle, la recourante pouvant rester seule, même avec ses trois enfants, lorsque son mari s'absente quelques heures. En d'autres termes, elle n'a pas besoin d'une présence constante et régulière à ses côtés. Quant à l'expertise neurologique, elle reprend les actes ordinaires de la vie et les décrit conformément aux indications de la recourante. Mais les simples plaintes de la recourante ne justifient pas pour justifier une invalidité mais doivent être confirmées par des observations médicales objectives et concluantes. Or, les observations cliniques objectives se limitent à quelques lignes et n'entrent pas dans le détail. De plus, les experts ne connaissaient pas les conditions spatiales et logistiques du domicile de la recourante et ne se sont pas prononcés sur le rapport d'enquête à domicile. Enfin, l'éventualité de la diminution du besoin d'aide par l'octroi de moyens auxiliaires supplémentaires n'a pas été envisagée. Par écriture du 24 novembre 2011, la recourante a répliqué. Elle rappelle, s'agissant de l'acte se lever, s'asseoir et se coucher, qu'elle a besoin d'aide pour positionner correctement ses jambes une fois couchée, ce qui constitue une impotence. Concernant l'acte ordinaire manger, la recourante relève que la directive applicable indique qu'il y a impotence dès que la personne a besoin d'aide pour couper certains aliments, ce qui est son cas. En outre, la raideur matinale dont elle souffre constitue une rigidité douloureuse du rachis avec une importante spasticité, ce qui l'oblige à rester

régulièrement alitée et à prendre au moins un repas au lit. En dernier lieu, relativement à l'acte aller aux toilettes, la recourante précise que la manipulation d'un Microclists et d'un Practoclis n'est pas la même, ce dernier nécessitant une manipulation en position allongée, ce qui nécessite de l'aide. La recourante relève également que le SMR a discrédité l'enquête à domicile, reconnaissant une incapacité de travail complète et une dépendance pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne. L'intimé a produit, en date du 16 décembre 2011, une note de travail établie par l'infirmière qui a procédé à l'enquête à domicile. Selon cette note, l'assurée s'est levée, a accompagné l'infirmière à la porte avec ses cannes et lui a serré la main (en lâchant une canne), raison pour laquelle elle a considéré qu'aucune aide importante n'était nécessaire pour l'acte se lever. Quant à l'appréciation relative à l'acte se coucher, elle résulte de ce qui a été dit pendant l'entretien et notamment du fait que la recourante a indiqué se mettre à quatre pattes pour changer ses enfants et se relever de cette position. Par conséquent, l'infirmière estime que l'assurée peut préparer son lit de sorte à ne plus avoir besoin d'aide pour la suite, notamment pour se couvrir. Concernant l'acte manger, l'infirmière indique qu'elle a vu l'assurée fermer les boutons du pyjama de son enfant, le tendre à bout de bras à sa belle-mère ou à sa mère. De plus, la recourante lui a indiqué, dans la discussion, avoir fait des biscuits de Noël avec son enfant plus grand et préparer les biberons pour ses deux nourrissons. Les actes précités pouvaient être effectués de manière autonome, de sorte qu'elle a retenu que la recourante était, selon toute vraisemblance, capable de manger seule et de couper des aliments. Elle a certes déclaré ne pouvoir couper des aliments durs tels une carotte crue ou une pizza. Cependant, manger des carottes crues entières dans l'assiette n'est pas constant et régulier. En fin de visite, la recourante lui a montré où étaient rangés les biberons et les affaires des enfants dans les armoires de la cuisine, qui se trouvaient toutes en hauteur et qui avaient été ouvertes et fermées par la recourante. Par conséquent, compte tenu des données médicales et des constatations, l'infirmière a retenu que l'assurée était autonome pour l'acte manger. S'agissant de l'acte aller aux toilettes, l'infirmière a considéré que l'utilisation d'un lavement - grand ou petit - nécessitait les mêmes manipulations, le fait de se mettre en position couchée pour le laisser agir étant possible dès lors que la recourante pouvait se mettre à quatre pattes et se relever sans aide. Les sondages itératifs, lorsqu'ils étaient faits par l'assurée, n'étaient pas retenus. Enfin, l'aide donnée par le compagnon de la recourante n'était pas indispensable et régulière. De plus, les grands lavements n'étaient pas fréquents, la recourante ayant déclaré avoir souvent des diarrhées et devoir contrôler son alimentation. Quant au besoin d'aide pour faire les courses et se rendre chez le médecin, il devait être évalué lors de la révision de la rente. De plus, l'assurée ne remplissait pas les critères de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, étant donné qu'elle ne souffrait pas d'une atteinte psychique ou mentale. Enfin, l'entretien avait largement dépassé une heure. La visite des lieux lors du départ s'était pendant limitée à la salle de bain, les portes des pièces adjacentes au salon étant ouvertes. Le 8 février 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle relève notamment que les constatations médicales versées à son dossier, à savoir celles de la Dresse A \_\_\_\_\_, spécialiste connue et reconnue dans le domaine de la paraplégie et de l'urodynamique, celles du Centre de neurologie des HUG ainsi que celles du SMR, sont toutes concordantes : il n'y a pas de motif de révision. S'agissant de la note de travail du 5 décembre 2012, la recourante conteste la durée de l'entretien, qu'elle établit à 40 minutes. Elle prétend être restée assise sur le canapé avec ses cannes à ses côtés et le fauteuil roulant à proximité. Elle affirme en outre que l'infirmière ne l'a rien vue faire et qu'elle n'a pas souhaité visiter l'appartement, se contentant de circuler entre le salon et la salle-à-manger.

Elle ne lui a pas montré où étaient rangés les biberons, comment elle ouvrait et fermait les portes des armoires et comment elle faisait pour préparer les repas en s'asseyant sur un tabouret. Elle n'a pas non plus refermé les boutons du pyjama de l'un de ses fils, celui-ci déjà habillé, étant sur le point de partir en promenade avec les grand-mères. Enfin, elle conteste avoir préparé des biscuits de Noël avec son fils aîné, né le 22 juin 2008, étant rappelé qu'au Noël précédant l'enquête à domicile, son fils était âgé de 18 mois, et par conséquent trop jeune pour apprécier une telle activité, et qu'elle était enceinte de 4 mois de ses jumeaux et la plupart du temps alitée. Pour le surplus, elle reprend les arguments d'ores et déjà invoqués. Le 8 mars 2012, la recourante a encore produit un rapport de la Dresse A\_\_\_\_\_ du 21 février 2012, dans lequel ce praticien émet l'avis que les digressions faites à partir du constat de l'état de « mère » de la recourante lui paraissent plus qu'abusives. Le médecin relève que l'on peut être mère de famille et néanmoins garder un handicap physique important. Le médecin ajoute que les constatations faites dans l'enquête à domicile se basent essentiellement sur les faits relatés par la recourante et non sur une réelle mise en situation, contrairement à ce qui a été le cas lors de l'expertise neurologique. Enfin, la Dresse A\_\_\_\_\_ constate que les difficultés de sa patiente (troubles des fonctions vésicales et intestinales, spasmes, raideur, douleurs notamment) ont systématiquement été minimisées. Quant à l'intimé, il a persisté dans ses conclusions, précisant cependant que si la jurisprudence a confirmé la valeur probante des enquêtes de l'assurance-invalidité à domicile, c'est notamment en raison du fait que de telles enquêtes se font sur place, soit au domicile des assurés. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur 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. Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a remplacé une allocation pour impotence grave par une allocation pour impotence légère et plus particulièrement sur l'existence d'une modification du besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie et de surveillance. a) Est considérée comme 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 les actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). b/aa) Selon l'art. 37 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) - dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004 - 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. b/bb) Aux termes de l'alinéa 2 de cette disposition, il y a impotence de degré moyen (art. 37 al. 2 RAI) si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (au moins quatre, selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 8009); 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 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. b/cc) Enfin, à teneur de l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est de degré 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; d'une surveillance personnelle permanente; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, c'est-à-dire lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut, en raison d'une atteinte à la santé, (a) vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne, (b) faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne, ou (c) éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur. N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié à ces situations. En particulier, les activités de représentation et d'administration dans le cadre de mesures tutélaires ne sont pas prises en compte (art. 38 al. 3 RAI). d/aa) Selon la jurisprudence, les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines: se vêtir et se dévêtir; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette (soins du corps); aller aux toilettes; se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, établir des contacts; ATF 124 II 247 ss; 121 V 90 consid. 3a et les références). De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). 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. 6b et 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et RCC 1986 p. 507; ch. 8013 CIIAI de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité établie par l'OFAS [CIIAI]). d/bb) 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 requiert l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ch. 8011 CIIAI; ATF 117 V 146 consid. 2). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ch. 8026 CIIAI). a) Selon l'art. 17 LPG, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, 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 (al. 2). b) 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Sont des motifs de révision, l'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé, la reprise ou l'abandon de l'activité lucrative, l'augmentation ou la baisse du revenu d'invalidé, la modification de la capacité d'accomplir les travaux habituels, la modification des critères d'évaluation de l'invalidité (modification du statut), la modification de la situation familiale déterminante lors de l'évaluation de l'invalidité des assurés qui s'occupent du ménage, et la modification de dispositions légales ou réglementaire impliquant des conditions du droit à la rente plus larges ou plus strictes ; ne constituent en revanche pas des motifs de révision la modification provisoire d'un de ces éléments, ou des modifications de directives administratives (cf. directives de l'Office fédéral des assurances sociales, CIIAI, ch. 5005 et ss). De même, un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision procédurale ni de reconsidération. c) Aux termes de l'art. 88 bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b). a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). d) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (ATF non publiés 8C\_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). e) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En l'espèce, la Cour de céans ne reviendra pas sur les actes ordinaire se vêtir / se dévêtir , se laver et se déplacer , le besoin d'aide pour effectuer ces derniers ayant été retenu par l'intimé. Il y a donc uniquement lieu de déterminer s'il y a eu une modification de la situation concernant les actes ordinaires se lever, s'asseoir, se coucher ; manger et aller aux toilettes , en d'autres termes si la recourante est désormais apte à les effectuer sans aide régulière et importante

d'autrui. a/aa) Selon le ch. 8016 CIAI, il y notamment a impotence pour l'acte ordinaire se lever, s'asseoir, se coucher lorsqu'il est impossible à la personne assurée de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers et lorsqu'il est impossible à la personne assurée, une fois au lit, de se couvrir ou de s'allonger elle-même. a/bb) En l'espèce, il ressort de l'enquête du 12 décembre 2003 qu'à cette date, la recourante avait besoin d'aide pour le coucher et pour la plupart des transferts. En 2010, la recourante marchait avec des cannes. Elle pouvait se lever du canapé sans aide, prendre ses cannes restées à proximité, s'asseoir et se coucher. Cependant, elle avait besoin d'aide pour se couvrir lorsque le duvet était au pied du lit (rapport d'enquête du 7 juin 2010 et courrier de la recourante du 15 août 2010) ainsi que pour installer ses jambes sur le coussin rehausseur. De plus, en cas de crises, son compagnon devait également l'aider à se lever et à se coucher. Cette aide pouvait se produire une à deux fois par semaine ou toute une semaine de suite (courrier de la recourante du 15 août 2010). Certes, on peut imaginer que la recourante peut se couvrir seule lorsque le lit est préparé. Cela signifie cependant qu'une tierce personne doit s'en occuper. En effet, la Cour de céans ne peut suivre l'infirmière lorsque celle-ci prétend que si la recourante peut se mettre à quatre pattes pour changer ses enfants, elle peut également préparer son lit, pour ne pas avoir besoin d'aide pour se coucher (voir note de travail du 5 décembre 2011. La Cour de céans peine à comprendre comment une personne, qui souffre d'une faiblesse musculaire dans le membre supérieur gauche, d'une atteinte fonctionnelle complète du membre inférieur droit et d'une parésie du membre inférieur gauche ainsi que d'une rigidité douloureuse du rachis, pourrait préparer son lit en étant à quatre pattes. Cela signifie qu'elle devrait se trouver à quatre pattes à côté du lit ou sur celui-ci et tirer les couvertures et duvet de manière à ce qu'elle puisse se couvrir sans aide en se couchant ! Or, cette manière de procéder nécessite de la stabilité et une certaine force. Quoiqu'il en soit, la recourante a indiqué avoir besoin d'aide pour disposer ses jambes sur le coussin rehausseur, ce qui ressort d'ailleurs des moyens auxiliaires nécessités et qui n'a pas été contesté par l'intimé. En outre, deux à trois fois par semaine, voire parfois tous les jours, elle présente des crises lors desquelles elle nécessite l'aide de son compagnon pour le coucher et le lever, ce qui n'a pas non plus été contesté par l'intimé, de sorte que, conformément au ch. 8025 CIAI, le besoin d'aide pour ce coucher est régulier. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne peut suivre l'OAI lorsqu'il estime que la recourante peut désormais effectuer seule l'acte de se coucher. b/aa) Concernant l'acte ordinaire de manger, il y a impotence, selon le ch. 8018 CIAA, lorsque la personne assurée ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui (8C\_728/2010). Un régime alimentaire (p. ex. dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence. En revanche, impotence il y a lorsque la personne assurée peut certes manger seule mais ne peut pas couper ses aliments elle-même, lorsqu'elle ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'elle ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (RCC 1981 p. 364). Dans l'arrêt 8C\_728/2010 du 28 janvier 2001, auquel la circulaire précitée fait notamment référence, concernant un assuré qui, en raison de sa faiblesse et de la motricité limitée de sa main, ne parvenait pas à couper des aliments, tels que de la viande, des pizzas ou encore du pain pour pouvoir les manger, le Tribunal fédéral a considéré que si l'assuré ne pouvait bénéficier de l'aide d'un tiers, il devrait mettre les aliments durs à la bouche et les découper en morceaux de cette manière, ce qui ne correspondait pas aux habitudes sociales et ce qui était par conséquent inhabituel au sens de la jurisprudence. Dans ce contexte, la référence à l'obligation de diminuer le dommage n'y changeait rien. b/bb) En l'espèce, force est de constater que tant en 2003 qu'en 2010, l'assurée n'était pas en mesure de couper les

aliments durs, tels que les carottes crues ou les pizzas. Certes, elle ne mange pas de viande, mais dans l'absolu, elle ne serait pas en mesure d'en couper. De plus, en 2010, le petit-déjeuner lui était encore systématiquement apporté au lit en raison de la raideur matinale dont elle souffrait. Dans ce contexte, la Cour de céans relève que la réflexion de l'intimé selon laquelle se lever le matin ferait du bien à la recourante de sorte que le petit-déjeuner au lit n'est pas nécessaire, est dénuée de fondement et résulte d'une simple supposition de cet office. Par conséquent, au vu de la jurisprudence précitée, il y a lieu de considérer, contrairement à ce que prétend l'OAI, que la recourante n'est pas capable d'effectuer normalement l'acte ordinaire de manger. c/aa) Enfin, concernant l'acte d'aller aux toilettes, il y a impotence, selon le ch. 8021 CIAII, lorsque la personne assurée a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène ou se rhabiller. C'est également le cas dans la mesure où il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes (p. ex. apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner. c/bb) En l'espèce, en 2003, l'assurée présentait une double incontinence et devait porter des couches. De plus, elle devait installer des alèzes jetables. La nuit, il lui arrivait de demander à son compagnon de l'aider à changer son drap housse lorsqu'il y avait eu un « débordement ». En 2010, l'infirmière a indiqué, dans le rapport d'enquête du 7 juin, que la recourante devait fréquemment utiliser des mini-lavements pour aller aux selles. L'obligation d'effectuer des micro-lavements, que la recourante ne pouvait réaliser seule, a également été relevée par la Dresse A\_\_\_\_\_ dans son courrier du 12 mai 2010, adressé à l'OAI mais joint à l'opposition de la recourante, datée du 15 août 2010. Enfin, il ressortait de l'expertise neurologique que la recourante avait indiqué devoir utiliser des protections, qu'elle ne pouvait régler seule, sur elle-même ainsi que dans le lit dans les cas de diarrhée. Quoiqu'en dise l'OAI, la recourante a recours à une manière inhabituelle pour aller aux toilettes : soit elle a tendance à avoir de la diarrhée, auquel cas son compagnon doit installer les protections, notamment les alèzes sur le lit, soit elle est constipée et elle doit procéder à des lavements, dont certains requièrent l'aide d'une tierce personne. Par conséquent, il doit également être considéré que la recourante effectue l'acte d'aller aux toilettes d'une manière inhabituelle, requérant notamment l'aide d'une tierce personne. d) Compte tenu des considérations qui précèdent, la Cour de céans constate que la recourante est toujours incapable d'effectuer sans l'aide d'un tiers tous les actes ordinaires de la vie, contrairement à ce qui a été retenu par l'intimé. S'il y a certes eu amélioration de certaines fonctions partielles, il n'en demeure pas moins qu'à tout le moins une des fonctions partielles de chaque acte ordinaire requière encore l'aide d'une tierce personne ou ne peut être effectuée que de manière inhabituelle. Cela étant, pour qu'une impotence sévère soit reconnue, il faut encore que la recourante nécessite des soins permanents et requiert une surveillance personnelle permanente. Reste donc à examiner si la condition des soins permanents ou, alternativement, celle de la surveillance personnelle permanente est remplie. a/aa) Les notions de soins permanents et de surveillance personnelle permanente ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte à l'un des titres des actes ordinaires de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de la personne assurée. (ATF non publié 9C\_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, ATF non publié I 231/02 du 23 janvier 2003, consid. 3, ch. 8035 CIAI). Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne

suffit pas que la personne assurée séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de la personne assurée. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celle-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que la personne vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer (ATF non publié 9C\_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, consid. 3, ch. 8035 CIIAI). a/bb) Le fait que la surveillance personnelle doit être permanente ne signifie pas qu'elle doit être nécessaire 24 heures sur 24. Elle s'oppose en réalité à une surveillance «passagère», par exemple suite à une maladie intercurrente (ATF non publié 9C\_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, ATF non publié I 231/02 du 23 janvier 2003, consid. 3, ch. 8036 CIIAI). a/cc) On n'accordera qu'une importance minimale à la surveillance personnelle dans les cas d'impotence grave, étant donné que par définition, l'impotence grave présuppose que la personne assurée dépend régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie. Il faut en revanche attribuer plus d'importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas d'impotence moyenne ou faible parce que les situations exigeant l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie sont beaucoup moins fréquentes en cas d'impotence moyenne (art. 37, al. 2, let. b, RAI) et inexistantes en cas d'impotence faible (art. 37, al. 3, let. b, RAI) [RCC 1982 p. 126]. a/dd) Une surveillance personnelle permanente est notamment nécessaire lorsque une personne ne peut être laissée seule toute la journée en raison de défaillances mentales (ATF non publié 9C\_608/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2.2.1, ATF non publié I 231/02 du 23 janvier 2003, consid. 3, ch. 8035 CIIAI), lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190, consid. 3b, 1980 p. 64, consid. 4b, voir également ch. 8020 et 8035 CIIAI), lorsqu'il est nécessaire d'administrer quotidiennement des médicaments à l'assuré ou de lui faire un bandage (MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2010, p. 437), lorsque la personne assurée a besoin de surveillance quotidiennement ou éventuellement (de manière non prévisible) quotidiennement (ATF non publié 8C\_912/2008 du 5 mars 2009, consid. 3.2.2 ; ATF non publié I 563/04 du 2 mars 2005 consid. 6.2 ; ZAK 1986 S. 484 E. 3c). S'agissant des soins permanents ou des prestations d'aide médicale ou infirmière, elles comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (RCC 1980 p. 62 ; ch. 8032 CIIAI). Comme pour le besoin de surveillance, de telles prestations doivent être fournies pendant une période assez longue et non pas seulement passagèrement, par exemple en raison d'une maladie intercurrente (ch. 8033 CIIAI). c) En l'espèce, en 2003, la surveillance personnelle permanente a été retenue essentiellement en lien avec le besoin d'aide présent dans tous les actes ordinaires de la vie. En 2010, l'état de la santé de la recourante était fluctuant : d'un jour à l'autre, selon l'importance des douleurs et de la spasticité, elle pouvait devenir totalement dépendante d'une tierce personne. Si la recourante pouvait certes marcher avec des cannes, l'équilibre restait précaire et les risques de chutes importants (rapport de la Dresse A \_\_\_\_\_ du 12 août 2010). En cas de douleurs, elle avait besoin d'injections d'antidouleurs. De plus, elle nécessitait également la pose de compresses et de crèmes, pour soulager ses douleurs cervicales et dorso-lombaires chroniques (courrier de la recourante du 15 août 2010). Au vu de ce qui précède, force est de constater qu'en 2010, la recourante nécessitait une surveillance personnelle permanente, étant rappelé que, contrairement à ce que semble

prétendre l'intimé, une telle surveillance ne doit pas s'effectuer 24 heures sur 24. Il convient par conséquent de retenir qu'il n'y a pas eu modification de la situation entre 2003 et 2010, la recourante ayant toujours besoin d'une surveillance personnelle permanente, voire de soins permanents. Compte tenu des considérations ci-dessus, il y a lieu de retenir que la recourante a besoin d'une aide importante et régulière pour tous les actes ordinaires de la vie ainsi que d'une surveillance personnelle permanente et de soins permanents de sorte que, conformément aux art. 9 LPGA, 42 al. 2 LAI et 37 al. 1 RAI, elle souffre d'une impotence grave. Dès lors qu'il n'y a eu aucune modification dans la situation, l'intimé ne pouvait réviser sa décision d'octroi d'une allocation d'impotence grave et remplacer celle-ci par une allocation d'impotence légère. Le recours sera donc admis et la décision querellée annulée. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 3'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision du 18 août 2011. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de 3'000 fr. en faveur du recourant. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé. 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 Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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