

## GE\_GERICHTE A/2914/2016 vom 15. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2914\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2914_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/2914/2016 du 15 mai 2017

IT: GE\_GERICHTE A/2914/2016 del 15 maggio 2017

### Erwägungen

#### E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à COLOGNY, représenté par INCLUSION HANDICAP recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1.

Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1957, marié, a exercé la profession de délégué médical pour la Suisse romande et le Tessin au sein de l'entreprise B\_\_\_\_\_ Sàrl, puis de chef de projet (Project Manager) dès août 2005, date à laquelle cette société a été reprise par C\_\_\_\_\_ SA. Suite à une restructuration interne, le contrat de travail de l'assuré a été résilié et a pris fin le 30 novembre 2006. Depuis janvier 2007, il exploitait un magasin de tabacs-journaux à plein temps en qualité

d'indépendant.![endif]>![if> 2. Le 17 juillet 2007, l'assuré a formé une demande de

prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), précisant qu'il souffrait de sclérose en plaques depuis 1986 et qu'il demandait l'octroi d'une rente. ![endif]>![if> 3. Dans un rapport du 7 mars 2008, la

Dresse D\_\_\_\_\_, médecin SMR, a constaté sur la base d'un rapport d'expertise rendu le 22 février 2008 par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, que l'assuré

travaillait à 100% en tant que kiosquier mais que son rendement y était de 60%. Par conséquent, l'incapacité de travail était de 40% depuis janvier 2007, ce qui correspondait à une capacité de travail de 60% dans cette activité et dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles découlant de la sclérose en plaques (troubles de l'équilibre et de la marche, fatigue, fatigabilité), ![endif]>![if> 4. Le 30 juin 2008, l'assuré a informé

l'OAI qu'il retirait sa demande de prestations « pour diverses raisons ».![endif]>![if> 5.

Par courrier des 6 et 25 août 2008, il a annoncé en substance à l'OAI qu'en raison de difficultés financières, il avait dû mettre un terme à son activité de kiosquier indépendant et qu'il avait repris une activité salariée à plein temps depuis le 1<sup>er</sup> mars 2008 auprès de l'entreprise F\_\_\_\_\_ SA, en qualité de collaborateur du service extérieur. Ce travail étant « tout ce qui lui [restait] aujourd'hui », il a demandé à l'OAI de ne pas prendre contact avec son employeur, ajoutant qu'il était actuellement chez lui, en arrêt maladie.![endif]>![if>

6. Par projet de décision du 7 novembre 2008, confirmé le 12 décembre 2008, l'OAI lui a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. ![endif]>![if> Il

ressortait des documents médicaux versés au dossier qu'il présentait, en raison de son atteinte à la santé, une incapacité de travail de l'ordre de 40% depuis janvier 2007. Après la cessation de son activité d'indépendant fin 2007, il avait été rapidement en mesure de reprendre une activité salariée à plein temps dans une activité similaire à celle exercée jusqu'en novembre 2006. Le revenu de cette nouvelle activité étant au moins égal à celui qu'il réalisait auparavant, il ne subissait actuellement aucune perte de gain imputable à son état de santé. Ainsi, les conditions pour la reconnaissance d'une invalidité n'étaient pas

remplies. 7. Le 19 février 2013, Swica Assurance maladie SA (ci-après : Swica),

assurance-maladie perte de gain de F\_\_\_\_\_ SA a transmis à l'OAI une demande de prestations en vue de l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente à l'assuré. Celui-ci avait présenté une incapacité de travail totale du 28 octobre au 30 novembre 2012 puis partielle (50%) du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 31 janvier 2013. Du 1<sup>er</sup> février 2013 à ce jour, l'incapacité de travail était à nouveau entière. Au cours de ces trois périodes, l'assuré avait bénéficié des indemnités journalières de Swica.![endif]>![if> 8. Dans un rapport d'expertise du 26 avril 2013 réalisé pour le compte de Swica, les docteurs G\_\_\_\_\_, psychiatre, et H\_\_\_\_\_, neurologue, ont posé respectivement le diagnostic d'un épisode dépressif majeur d'intensité légère et de sclérose en plaque de type chronique progressive. Ils ont relevé que le symptôme dominant, d'un point de vue neurologique, semblait être une fatigue physique quotidienne augmentant en fin de journée et entravant toutes les activités. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de trouble cognitif manifeste mais un sentiment de lassitude, de découragement, une perte de motivation et d'envie. Les experts ont estimé que la capacité de travail était clairement nulle dans l'activité de représentant de commerce effectuée jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2013. Des mesures de détection précoce étaient nécessaires pour permettre des mesures de réadaptation professionnelle visant à l'exercice d'une activité à 50% au minimum.![endif]>![if> 9. Par avis des 22 juillet et 14 octobre 2013, la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin SMR, a constaté que l'incapacité de travail dans l'activité de représentant de commerce était totale depuis le 29 août 2012. Sur la base de l'expertise des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, elle a estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (fatigue, trouble de l'attention), cette capacité était de 50% tout en sachant qu'une aggravation vers une incapacité de travail totale était possible.![endif]>![if> 10. Dans un courrier du 19 novembre 2013 à Swica, transmis à l'OAI le même jour, l'assuré a fait état d'une dégradation évolutive de son état de santé tant physique que psychologique. Il était incapable de se mouvoir au-delà d'une dizaine de mètres, avait besoin d'une canne en permanence et faisait des chutes tant dans la rue qu'à la maison, événements qui le rendaient tributaire de l'aide fournie par des passants, respectivement son entourage. Au vu de « cette affligeante situation et de [la] dégradation de [son] état de santé », il lui était bien entendu impossible d'emprunter les escaliers. Ne tenant pas sur ses jambes, chaque pas était « un supplice d'instabilité ». Des problèmes d'incontinence urinaire se produisaient dans l'urgence. Il souffrait également d'épuisement subit et de fatigue insurmontable. Il se rendait bien compte que dans cette situation « végétative et grabataire », son avenir était compromis. Chercher du travail était au-dessus de ses forces.![endif]>![if> 11. Par projet de décision du 3 juin 2014, confirmé le 28 juillet 2014, l'OAI a accordé une rente entière à l'assuré, basée sur un taux d'invalidité de 70% dès le 1<sup>er</sup> août 2013 puis de 100% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2013.![endif]>![if> 12. Par communication du 19 décembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais de remise en prêt d'un scooter électrique à quatre roues pour ses déplacements.![endif]>![if> 13. Le 7 mars 2016, l'assuré a formé une demande d'allocation pour impotent à l'OAI en rappelant qu'il souffrait de sclérose en plaques. Il a complété les données relatives à l'impotence en retraçant leur évolution :![endif]>![if> - Depuis janvier 2011, son épouse devait souvent lui couper les aliments à cause de son manque de force dans le bras gauche. Lorsqu'il était « en poussée », on devait également l'aider à manger, c'est-à-dire lui porter les aliments et les boissons à la bouche ;![endif]>![if> - Depuis 2012, il avait besoin d'un soutien pour entretenir des contacts sociaux. Il ne sortait plus seul en soirée au vu de sa fatigue intense et de ses problèmes de mobilité. S'il sortait le soir, c'était toujours avec une personne qui l'accompagnait ;![endif]>![if> - Depuis 2012, il avait également besoin d'un soutien

pour se déplacer à l'intérieur de son appartement et à l'extérieur, plus précisément à partir de 17h00. Il utilisait un scooter pour les déplacements à l'extérieur mais il avait besoin d'aide pour le charger dans le coffre de sa voiture ; [endif]>![if> - Depuis début 2014, il avait besoin de pouvoir s'appuyer sur une personne pour sortir de la baignoire. Sinon, il risquait de chuter en raison de la fatigue liée à sa maladie ;![endif]>![if> - Depuis janvier 2015, il avait besoin de l'aide de son épouse pour se lever, plus précisément « à partir de 18h00 » en raison des problèmes de mobilité et de fatigue liés à sa maladie.![endif]>![if> Pour le surplus, l'assuré a précisé qu'il n'avait pas besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, ni pour aller aux toilettes. Actuellement, ses moyens auxiliaires consistaient en un scooter électrique, un déambulateur, une canne et une barre d'appui dans la salle de bain. Invité à compléter les « données relatives à l'accompagnement pour faire aux nécessités de la vie pour les adultes qui n'habitent pas dans un home », l'assuré a indiqué qu'en raison de ses problèmes santé, il avait effectivement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et de prestations d'aide pour lui permettre de vivre de manière indépendante. En effet, depuis 2012, il se sentait davantage en sécurité à la maison et à l'extérieur s'il pouvait compter sur l'aide de son épouse lors de ses déplacements. Du reste, celle-ci avait cessé toute activité lucrative pour l'aider au quotidien pour les courses, le ménage, la préparation des repas, la lessive ainsi que pour les déplacements. Interrogé sur le point de savoir s'il avait besoin d'un accompagnement pour établir des contacts sociaux hors de son lieu de vie, l'assuré a répondu qu'il avait besoin d'être accompagné pour les activités hors de son domicile à partir de 14h00. 14. Le 15 mars 2016, le docteur J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a confirmé que l'assuré souffrait de sclérose en plaques et que les indications données par celui-ci sur les actes ordinaires de la vie correspondaient aux constatations qu'il avait faites sur le plan médical. De même, les dates relatives au début de l'incapacité d'effectuer les actes concernés lui semblaient correctes. À sa connaissance, c'était la famille qui apportait l'aide régulière et importante à l'assuré pour les actes ordinaires de la vie. L'impotence pouvait être améliorée par des moyens auxiliaires appropriés, à savoir une « chaise électrique » (sic). Enfin, le Dr J \_\_\_\_\_ a précisé qu'on était en présence d'une forme secondaire progressive de sclérose en plaques avec des poussées.![endif]>![if> 15. Le 25 avril 2016, une enquêtrice s'est rendue au domicile de l'assuré et a rendu son rapport le lendemain.![endif]>![if> Entendu par cette dernière, l'assuré a déclaré qu'il était autonome pour se vêtir, se dévêtir et préparer ses vêtements. Selon ses dires, il pouvait se lever seul de son lit, même si ce dernier était un peu bas. Il s'asseyait tranquillement au bord du lit puis se levait en prenant appui contre une armoire placée à côté du lit. Il prenait ensuite sa canne pour se déplacer. L'assuré pouvait s'asseoir et se relever seul d'un fauteuil ou d'une chaise en prenant appui sur sa canne ou sur les accoudoirs. Ceci avait pu être observé lors de l'enquête. Selon ses dires, l'assuré se couchait seul. Il s'asseyait au bord du lit puis se tournait sur le côté en remontant les jambes. De temps en temps, son épouse l'aidait à remonter les jambes quand il se sentait très fatigué. Cette aide n'était toutefois ni importante ni régulière. En conséquence, l'enquêtrice n'a pas retenu un besoin d'aide à cet égard. Depuis janvier 2011, l'épouse de l'assuré devait souvent couper certains aliments plus durs comme la viande ou le pain, en raison d'un manque de force dans le membre supérieur gauche. Selon ses dires, l'assuré était autonome pour faire sa toilette, se laver, se coiffer, se raser, y compris pour se baigner ou se doucher. En effet, grâce aux moyens auxiliaires installés (planche de bain, poignée d'appui et bandes antidérapantes, dans la baignoire), il pouvait prendre sa douche seul. Son épouse l'aidait parfois pour le dos. Cette aide n'était toutefois ni importante ni

régulière. En conséquence, l'enquêtrice n'a pas retenu un besoin d'aide à cet égard. L'assuré était autonome, selon ses dires, pour aller aux toilettes et se laver après. Il souffrait certes d'une légère incontinence urinaire mais la gérait seul avec des protections. Partant, l'enquêtrice n'a pas retenu un besoin d'aide à ce niveau, pas plus que pour les déplacements à l'intérieur de l'appartement – effectués à l'aide d'une canne – ou à l'extérieur. En effet, l'assuré continuait à conduire une voiture automatique. Pour les petits déplacements, il pouvait marcher quelques mètres très lentement en prenant appui sur sa canne. Il pouvait ainsi aller boire un café ou se rendre chez son médecin traitant. Et s'il voulait se déplacer sur de plus longues distances, il utilisait son scooter électrique qu'il chargeait dans le coffre de sa voiture. Ce scooter électrique pouvait se démonter en quatre parties légères qu'il pouvait, selon lui, assembler et démonter seul avec la main droite. Il demandait parfois de l'aide si une tierce personne était disponible pour l'aider. Il se rendait seul à ses différents rendez-vous ainsi qu'à ses séances de sport à l'hôpital de Beau-Séjour. Par ailleurs, l'assuré était autonome pour entretenir des contacts sociaux. Il avait pris, par ailleurs, la présidence du groupe régional K\_\_\_\_\_ de Genève. Il est vrai qu'il sortait moins souvent le soir, au théâtre ou au cinéma car il se sentait vite fatigué en fin de journée. Il n'était toutefois pas dans une situation d'isolement. En conséquence, l'enquêtrice a estimé que l'assuré n'avait pas besoin d'une aide régulière et importante pour entretenir des contacts sociaux (conversation, lecture, écriture, radio/TV, spectacles). L'enquêtrice a également estimé que l'assuré n'avait pas besoin, du fait de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Il n'était pas non plus tributaire d'une aide permanente pour les soins exigés par l'invalidité. En effet, il gérait seul son traitement médicamenteux et se faisait lui-même des injections d'Avonex® une fois par semaine. Enfin, un besoin d'une surveillance personnelle a été également nié. Dans ses remarques finales, l'enquêtrice a noté que l'assuré présentait, en lien avec son atteinte à la santé, des problèmes de mobilité et une fatigue exacerbée dans les deux jours qui suivaient les injections d'Avonex®. Toutefois, grâce aux moyens auxiliaires (canne, déambulateur, scooter électrique, barre d'appui dans la salle de bain et planche de bain), il était actuellement autonome dans sa vie quotidienne. En conclusion, l'enquêtrice a recommandé d'admettre la nécessité d'une aide régulière et importante pour un seul acte ordinaire de la vie dès janvier 2011 : couper les aliments. 16. Par projet de décision du 10 mai 2016, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent, un besoin d'aide pour accomplir un acte ordinaire de la vie n'étant pas suffisant.![endif]>![if> 17. Par courrier du 8 juin 2016 à l'OAI, l'assuré a indiqué en substance que son besoin d'aide ne se limitait pas à un seul acte ordinaire de la vie et qu'il souhaitait pouvoir en discuter.![endif]>![if> 18. Le 16 juin 2016, l'OAI lui a répondu qu'il ressortait de l'enquête du 25 avril 2016, effectuée à domicile, que l'assuré présentait des problèmes de mobilité et une fatigue exacerbée au cours des deux jours qui suivaient les injections d'Avonex®. Toutefois, grâce aux moyens auxiliaires, il était autonome dans sa vie quotidienne. En effet, l'enquêtrice avait bien mis en évidence son besoin d'aide pour certains actes de la vie quotidienne. Dans la mesure où ce besoin n'était pas constant, il ne pouvait être pris en compte dans l'évaluation du degré d'impotence actuellement. ![endif]>![if> 19. Par décision du 18 juillet 2016, l'OAI a confirmé son projet du 10 mai 2016 en l'absence de contestation dans le délai fixé.![endif]>![if> 20. Par courrier du 25 juillet 2016, l'assuré a demandé à l'OAI de prendre en charge les frais d'installation d'une grue de levage à bord de sa voiture pour pouvoir y charger son scooter électrique. Jusqu'à présent, il pouvait effectuer seul cette opération manuellement. Actuellement, cette même tâche était devenue très

difficile.![endif]>![if> 21. Par communication du 17 août 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge l'adaptation du véhicule demandée. ![endif]>![if> 22. Le 1<sup>er</sup> septembre 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 18 juillet 2016, concluant à son annulation et à l'octroi d'une allocation pour impotent.![endif]>![if> L'intimé avait mésestimé la situation du recourant en retenant que celui-ci n'avait besoin d'aide que pour couper les aliments. En réalité, l'aide requise allait plus loin : il avait un besoin d'accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie. L'intimé n'avait pas tenu compte de cela. En tout cas, cela ne ressortait pas de la décision entreprise. De plus, le rapport du 26 avril 2016 prêtait au recourant des déclarations qui étaient fausses et/ou incomplètes alors que la réalité des faits ressortait des explications données dans la demande d'allocation pour impotent du 7 mars 2016. Il avait expliqué qu'à partir de 17h00, il avait besoin d'aide pour se déplacer dans son appartement ou à l'extérieur et qu'à partir de 18h00, ses problèmes de mobilité et de fatigue exigeaient l'aide de son épouse pour se lever. En outre, il avait expliqué que lorsqu'il avait des poussées dues à sa maladie, il ne pouvait pas manger, plus précisément : il lui fallait une aide pour porter la nourriture et la boisson à sa bouche. Sauf erreur, l'enquêtrice n'était pas venue en fin d'après-midi, soit à l'heure où le besoin d'aide était « flagrant ». Elle n'avait donc pas pu constater cela. Ainsi, le fait de se lever seul d'un fauteuil ou d'une chaise lui était tout simplement impossible sans l'aide d'une personne, contrairement à ce qui avait été retenu. Dans ces moments-là, un moyen auxiliaire (une canne) ne lui permettait pas de le faire ; par manque de force, il ne pouvait pas se hisser seul, il lui fallait l'aide d'une personne qui l'accompagnait dans son mouvement. C'était en cumulant ses forces et celles d'un tiers qu'il pouvait se mettre debout. Dans son courrier du 11 décembre 2014, adressé à l'OAI en vue de la prise en charge d'un scooter électrique, il avait motivé sa demande en expliquant qu'il ne pouvait plus se déplacer seul à l'extérieur sans tomber, malgré sa canne, et qu'il était secouru par des passants en cas de chute. Dire qu'il pouvait marcher seul dehors sur de courtes distances sans aide personnelle revenait à nier la vérité. Dans leur rapport du 26 avril 2013, les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, experts du CEMED, avaient mentionné que sa fatigue physique quotidienne augmentait en fin de journée et l'empêchait de faire toute activité. Ils avaient également constaté ses difficultés et évalué son état de santé le matin, dans un contexte de repos. Prétendre qu'il n'avait pas besoin d'aide, alors que les médecins avaient vu qu'il présentait d'importantes limitations même au repos, « [n'était] pas possible ». Partant, on ne pouvait suivre l'enquêtrice en tant qu'elle considérait qu'il ne remplissait pas les conditions d'un accompagnement durable. Tous les faits du dossier permettaient de confirmer son besoin d'un accompagnement régulier et durable de plusieurs heures par jour. Sans son épouse, qui n'était tout de même pas à ses côtés 24 heures sur 24, il serait clairement dans un EMS. De plus, elle avait arrêté de travailler pour s'occuper de lui. On ne pouvait pas demander à sa famille de se sacrifier à ce point pour s'occuper de lui. Cela dépassait la mesure du raisonnable. L'allocation pour impotent lui permettrait de faire face à l'engagement d'une personne pour l'aider au quotidien. En tout état de cause, il ne pouvait pas vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne pour faire face aux nécessités de la vie. 23. Le 4 octobre 2016, un avocat s'est constitué pour la défense des intérêts du recourant.![endif]>![if> 24. Le même jour, l'intimé a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> Le recourant ne pouvait être suivi en tant qu'il soutenait avoir besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie. Au sens de la loi, un tel accompagnement ne comprenait ni l'aide de tiers pour les six actes

ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représentait une aide complémentaire pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à une personne atteinte dans sa santé physique, psychique ou mentale. Cette aide intervenait dans trois hypothèses, soit lorsqu'un assuré, en raison d'une atteinte à la santé, ne pouvait pas, sans l'accompagnement d'une tierce personne, vivre de manière indépendante, faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux ou éviter un risque de s'isoler durablement du monde extérieur. En l'espèce, seul un des six actes ordinaires de la vie (manger, plus précisément : couper les aliments) nécessitait l'aide régulière et importante d'autrui. En effet, l'enquêtrice avait constaté que le recourant pouvait se lever seul d'un fauteuil ou d'une chaise en prenant appui sur sa canne ou sur les accoudoirs. Quant à l'aide dont il était tributaire pour d'autres actes (se coucher, se baigner/se doucher), elle ne pouvait être qualifiée de régulière et importante. Il ressortait également de l'enquête que l'assuré était autonome pour entretenir des contacts sociaux. Il avait par ailleurs pris la présidence du groupe régional K\_\_\_\_\_ de Genève. Étant donné que le recourant n'avait besoin d'aide que pour un acte ordinaire de la vie et que les conditions d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'étaient pas remplies, il n'avait pas droit à une allocation pour impotent, même de degré faible. 25. Par réplique du 27 octobre 2016, le recourant, représenté par son conseil, a réitéré les arguments développés dans son recours tout en soulignant qu'en cas de déclarations successives contradictoires, il fallait s'en tenir aux premières déclarations, soit à celles qu'il avait faites en complétant la demande d'allocation pour impotent. 26. Par écriture spontanée du 28 mars 2017, le recourant a informé la chambre de céans que l'enquête à domicile avait eu lieu le matin à 9h00. 27. Le 24 avril 2017, l'intimé a fait savoir que cette précision ne modifiait pas son appréciation du cas. 28. Le 26 avril 2017, une copie de ce courrier a été adressée au recourant 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 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). 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 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. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits

juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).  
4. Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable via le renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Datée du 18 juillet 2016, la décision querellée a été notifiée pendant la suspension des délais, de sorte que le délai de recours, de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA), n'a commencé à courir qu'à partir du 16 août 2016. Posté le 5 septembre 2016, le recours a été interjeté en temps utile.

Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent.

6. 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.

8. 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI – RS 831.201).

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).

9. a. Selon le ch. 8010 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015 (état au 1<sup>er</sup> mars 2016 ; ci-après : la 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). 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 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4, citant l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b, in RCC 1983 p. 71). b/aa. L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour. C'est par exemple le cas lors de crises pouvant ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (RCC 1986 p. 510 consid. 3c ; ch. 8025 CIIAI). b/bb. L'aide est importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (par ex. «se laver» en ce qui concerne l'acte ordinaire «faire sa toilette» (ATF 107 V 136 ) ou qu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (ATF 106 V 153 ) ou que, en raison de son état psychique, il ne peut l'accomplir sans incitation particulière (ch. 8026 CIIAI). c. Lorsqu'un assuré ne peut se laver le dos et les oreilles en prenant son bain, il doit être considéré comme impotent pour l'acte ordinaire consistant à faire sa toilette (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 438/96 du 26 juin 1998 consid. 2b/cc, cité in MEYER/ REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3 ème éd. 2014 p. 501 n. 33 ad art. 42-42ter LAI). En revanche l'impotence doit être niée lorsque le lavage du dos et des pieds est possible avec la main gauche (valide), cas échéant avec un moyen auxiliaire/dispositif approprié (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_373/2012 du 22 août 2012 consid. 4.3.2 ; RCC 1986 p. 481). Un besoin d'aide pour entrer dans la baignoire doit être en principe examiné sous l'angle de l'acte ordinaire consistant à faire sa toilette (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/05 du 5 décembre 2005 consid. 1.4) mais ne peut être pris en considération à ce titre lorsque le rapport d'enquête retient déjà que l'assuré a besoin d'aide pour effectuer les transferts qui ne sont pas au même niveau sous l'acte « se lever » (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 4.2). Lorsque le besoin d'aide est limité à la coupe des ongles ou à l'épilation, il n'est en principe pas pris en considération dès lors qu'il n'est pas quotidien. 10. a. Quant aux notions de « soins » (art. 37 al. 1 et 3 let. c RAI) et de « surveillance » (art. 37 al. 1, al. 2 let. b et al. 3 let. b), elles sont interprétées de manière restrictive par la jurisprudence. Ainsi, les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de la personne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/02 du 30 septembre 2002 consid. 3). [endif]>![if> b. Le fait d'être déjà tombé à plusieurs reprises et d'avoir besoin d'aide pour se relever fonde un besoin de surveillance qui est plutôt de nature générale, ne dépassant pas le type de surveillance habituel dans un home. Or, d'après la jurisprudence (cf. RCC 1984 p. 372, 1970 p. 294), la surveillance collective, telle qu'elle est pratiquée dans un home médicalisé, ne saurait être assimilée à la surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b RAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 148/06 du 7 août 2007). Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi considéré au sujet d'une assurée, qui avait besoin de l'aide d'un tiers pour se relever en cas de chute et pour se lever d'une chaise, que même si la rubrique « surveillance personnelle/soins » du rapport d'enquête mentionnait qu'elle ne pouvait être laissée seule une demi-journée, voire une journée entière en raison d'un possible risque de chute, cela ne changeait rien au fait que le risque en question concernait en réalité les deux actes ordinaires suivants : se déplacer d'une part, se lever/ s'asseoir/ se coucher d'autre part. Ainsi, dans la mesure où le rapport d'enquête avait déjà conclu à une impotence dans ces deux actes ordinaires de la vie, il n'était pas possible de retenir en plus

une surveillance personnelle permanente étant donné que celle-ci se recoupait avec l'aide fournie pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (arrêt I 43/02 précité consid. 5). 11. a. Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42 al. 3 LAI existe lorsqu'un assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b), ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

!endif]>![if> L'art. 42 al. 3 LAI a pour but d'éviter ou de retarder le placement d'un assuré dans une institution (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 661/05 du 23 juillet 2007 consid. 5.2.1 et la référence). L'accompagnement prévu 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 du Tribunal fédéral 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 3.6 et les arrêts cités). Ainsi, 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 au titre du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.2, citant les arrêts ATF 133 V 450 consid. 9 et 9C\_410/2009 du 1<sup>er</sup> avril 2010 consid. 2). Pour la détermination du besoin d'accompagnement, on prend en considération celui qui est régulièrement nécessaire dans les situations mentionnées à l'art. 38 al. 1 RAI. Le chiffre marginal 8053 de la CIIAI précise 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 considéré que cette façon de définir la régularité était conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). b/aa. L'accompagnement pour permettre à la personne handicapée de vivre chez elle (art. 38 al. 1 let. a RAI) vise notamment les activités suivantes (cf. ch. 8050 et 8050.1 CIIAI) : - structurer la journée ;!endif]>![if> - faire face aux situations qui se présentent tous les jours (par ex. questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) ;!endif]>![if> - tenir le ménage. !endif]>![if> Le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette circulaire à la loi et précisé que l'accompagnement s'étendait aux travaux ménagers (cuisine, courses, lessive et ménage) dans la mesure où ceux-ci ne faisaient pas partie des actes ordinaires de la vie (ATF 133 V 450 consid. 9). L'aide directe nécessaire à l'accomplissement de ces tâches peut également être prise en compte lorsqu'un assuré, pour des raisons de santé, n'est pas en mesure d'effectuer les travaux évoqués malgré les instructions, la surveillance ou le contrôle du tiers (aide indirecte ; ATF 133 V 450 consid. 10-10.2). Selon l'expérience générale de la vie, l'assistance fournie pour des activités telles que cuisiner, faire les courses, la lessive et le ménage, représente un investissement temporel de plus de deux heures par semaine, de sorte que le caractère régulier de l'aide est réalisé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1056/2009 consid. 4.3). b/bb. Dans le contexte de l'art. 38 al. 1 let. b RAI, l'accompagnement pour « faire face aux nécessités de la vie » doit permettre à l'assuré de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires (achats, loisirs, contacts avec les services officiels ou le personnel médical, coiffeur, etc.). Toutefois, en cas de limitations purement ou essentiellement fonctionnelles, l'aide doit être attribuée à l'acte

ordinaire de la vie consistant à se déplacer (ch. 8051 CIIAI). Dans un arrêt 9C\_28/2008 du 28 juillet 2008, le Tribunal fédéral a estimé qu'une assurée ne pouvant plus utiliser les transports en commun de façon autonome et devant être conduite à tous ses rendez-vous en raison d'une obésité massive invalidante (BMI 57) – présentait un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux hors du domicile au sens de l'art. 38 al. 1 let. b RAI. Selon l'expérience générale de la vie, l'investissement en temps s'élevait à au moins deux heures par semaine pour faire les courses, se rendre chez le médecin, la pédicure, le coiffeur ou encore à la poste ou à la banque. Dans ces circonstances, le Tribunal fédéral a considéré que la question de savoir si les conditions de l'art. 38 al. 1 let. c RAI étaient également réalisées pouvait rester ouverte. b/cc. Le Tribunal fédéral a considéré à plusieurs reprises que l'aide dont l'assuré a besoin pour plusieurs actes ordinaires de la vie ne peut en principe être prise en considération qu'une seule fois (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_839/2009 du 4 juin 2010 consid. 3.3). S'agissant plus particulièrement des restrictions dans l'établissement de contacts sociaux, lesquelles font naître précisément un besoin d'accompagnement au sens de l'art. 38 RAI, elles ne sauraient être prises en considération une seconde fois pour évaluer l'impotence dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_115/2011 du 30 mars 2011 consid. 2.2 et les arrêts cités). Cela étant, la jurisprudence n'exclut pas que les restrictions subies dans l'acte « se déplacer » (à l'intérieur et à l'extérieur) et le besoin d'accompagnement puissent se cumuler (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_135/2014 du 14 mai 2014 consid. 4.3.1 et les arrêts cités).

## **E. 12**

a. La mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être déterminée objectivement en fonction de l'état santé de la personne assurée. L'environnement dans lequel celle-ci se trouve n'est en principe pas déterminant. Pour évaluer l'impotence en général – et donc également la nécessité d'un accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI en particulier –, il importe peu que l'assuré habite seul, en famille ou dans un établissement. Sans quoi, les assurés vivant en famille (conjoint, enfants ou parents) n'auraient pas droit, en pratique, à une allocation pour impotent au titre du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Or, une telle restriction ne découle ni de la loi ni de l'ordonnance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1013/06 du 9 novembre 2007). Ainsi, est seul déterminant le point de savoir si, dans la situation où il ne dépendrait que de lui-même, l'assuré aurait besoin de l'aide d'un tiers. L'assistance que lui apportent concrètement les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans une seconde étape (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.2.2 et 9C\_410/2009 du 1<sup>er</sup> avril 2010 consid. 5.1). b. L'obligation de réduire le dommage implique que les répercussions de l'atteinte à la santé sur les capacités d'un assuré doivent être atténuées dans la mesure du possible par des mesures organisationnelles et avec l'aide de la famille. Cette aide va certes plus loin que l'assistance à laquelle on peut habituellement s'attendre en l'absence d'atteinte à la santé mais elle ne saurait impliquer une charge disproportionnée pour la famille (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_410/2009 précité consid. 5.5 et les arrêts cités). 13. 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2).  
14. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).  
15. Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a ainsi relevé qu'il est essentiel que le rapport 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. En cas de doute sur les troubles physiques, psychiques ou mentaux ou leurs répercussions sur les actes ordinaires de la vie, il est nécessaire de demander des précisions au médecin. Il convient en outre de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide 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 actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, 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 130 V 61 consid. 6.2). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_782/2010 du 10 mars 2011, consid. 2.3).  
16. L'OAI soumet généralement le formulaire de demande d'allocation dûment rempli au médecin traitant. Ce dernier devra s'exprimer sur la concordance des indications contenues dans le formulaire avec ses propres résultats. Sur la base de ces données, l'OAI pourra demander au SMR de prendre position. Celui-ci lui fera parvenir un rapport écrit comportant les résultats de l'examen médical et une recommandation pour la suite du traitement de la demande de prestations du point de vue médical. Se fondant sur ce rapport, l'OAI ordonnera, le cas échéant, d'autres enquêtes d'ordre médical (par ex. un rapport médical complémentaire) (ch. 8129 CIIAI).  
En cas de divergences importantes entre le médecin traitant et le rapport d'enquête, l'OAI éclaircit la situation en demandant des précisions et en faisant appel au SMR (ch. 8133 CIIAI).  
17. En l'espèce, l'intimé a examiné le droit à une allocation pour impotent exclusivement à la lumière du rapport d'enquête du 26 avril 2016, dont les conclusions sont contestées.  
Selon l'intimé, ce rapport remplirait tous les critères pour se voir reconnaître pleine valeur probante, compte tenu notamment du fait qu'il se fonderait sur les indications du recourant et les constatations de l'enquêtrice. Pour le recourant en revanche, les déclarations consignées dans le rapport d'enquête seraient

fausses et/ou incomplètes et contraires aux premières déclarations faites dans la demande d'allocation pour impotent du 8 mars 2016. Il en ressortirait clairement qu'il serait tributaire de l'aide de son épouse pour se déplacer dans l'appartement ou à l'extérieur à partir de 17h00 et qu'à partir de 18h00, il aurait besoin d'aide pour se lever, sa canne ne suffisant pas. Se référant à son courrier du 11 décembre 2014, il soutient qu'il ne peut marcher seul sur de courtes distances sans aide personnelle, en raison des risques de chute. De plus, il aurait besoin d'aide pour sortir de sa baignoire quand il est fatigué (risque de chute) et ne pourrait pas manger lorsque sa maladie est en phase de poussées. À l'examen du rapport d'enquête litigieux, il est malaisé de trancher la question de savoir si le recourant a minimisé ultérieurement les empêchements allégués dans le formulaire de demande ou s'il a maintenu les déclarations faites à ce moment et que l'enquêtrice a omis de les transcrire, cas échéant de consigner l'opinion divergente du recourant dans le rapport d'enquête. Quoi qu'il en soit, ce point souffre de rester indécis dès lors que ce rapport souffre d'autres faiblesses qui empêchent la chambre de céans de se fonder sur celui-ci. Premièrement, s'il n'a pas échappé à l'enquêtrice que le recourant présentait « des problèmes de mobilité et une fatigue exacerbée » en lien avec l'atteinte à la santé, elle n'en a pas moins restreint la portée des problèmes de mobilité et de fatigue aux « deux jours suivant les injections d'Avonex » et retenu que les moyens auxiliaires lui permettaient d'être autonome dans sa vie quotidienne. Or, ceci est clairement en contradiction avec le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 15 mars 2016, aux termes duquel les indications – relatives aux actes ordinaires de la vie – données par le recourant dans la demande du 7 mars 2016 correspondaient à ses constatations. Dans ces circonstances, il incombait à l'intimé de demander des précisions à ce médecin (cf. ci-dessus : consid. 15) sur le périmètre de marche avec une canne, la possibilité d'emprunter des escaliers, les chutes alléguées (cf. courrier du 19 novembre 2013), la possibilité du recourant de se relever de manière autonome dans ce dernier cas, l'influence de la fatigue croissante en cours de journée sur les actes ordinaires litigieux mentionnés dans la demande (se lever, soins du corps, se déplacer, entretenir des contacts sociaux), le besoin d'accompagnement invoqué et enfin, le moyen auxiliaire proposé par ce médecin (« chaise électrique »). En outre, des précisions médicales s'imposent également sur les poussées de la sclérose en plaques, plus particulièrement sur leur fréquence, leur durée et leur impact sur les actes ordinaires de la vie et les circonstances susceptibles de justifier un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Deuxièmement, l'enquête effectuée le 25 avril 2016 au domicile du recourant ne comporte aucune constatation relative à l'aide fournie par l'épouse du recourant « pour les courses, le ménage, la préparation du repas, la lessive ainsi que les déplacements » (cf. point 5.3 de la demande du 7 mars 2016), soit des aspects essentiels pour évaluer la nécessité d'un besoin d'accompagnement au sens des art. 38 al. 1 let. a et b RAI (cf. ci-dessus : consid. 11). Par ailleurs, on ignore tout des éventuelles restrictions qui existent, sur le plan médical, pour l'accomplissement des tâches énumérées par le recourant au point 5.3 du formulaire précité. On ne connaît pas davantage le temps que l'épouse y consacre, pas plus qu'on ne sait si dans la situation où il ne dépendrait que de lui-même, l'assuré aurait besoin de l'aide d'un tiers (cf. ci-dessus : consid. 12). De même, on ignore si l'aide apportée, à supposer qu'elle soit nécessaire, peut être réduite par d'autres moyens auxiliaires. 18. Il résulte de ce qui précède que l'état de fait déterminant est trop lacunaire pour permettre à la chambre de céans de se prononcer sur le droit du recourant à une allocation pour impotent. En conséquence, le recours sera admis, la décision du 18 juillet 2016 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il demande des éclaircissements au neurologue traitant sur les

points évoqués ci-dessus (consid. 17) et qu'il procède, cas échéant, à une instruction médicale complémentaire. L'intimé devra également décider si, au vu des précisions obtenues sur le plan médical, une nouvelle enquête à domicile s'impose, cas échéant en fin de journée, ou s'il est préférable de soumettre le rapport d'enquête du 26 avril 2016 – préalablement complété sur le plan de l'aide fournie par l'épouse dans les tâches mentionnées au point 5.3 de la demande et de la capacité du recourant à les exécuter lui-même – à un médecin pour que celui-ci détermine dans quelle mesure ce rapport prend suffisamment en compte les restrictions existant sur le plan médical (cf. ATF 133 V 450 consid. 11 et les arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 296/05 du 29 décembre 2005 consid. 5.2 et I 728/03 du 3 février 2004 consid. 2.2). Cela fait, il appartiendra à l'intimé de se prononcer à nouveau sur le droit du recourant à une allocation pour impotent.

19. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière

administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).  
20. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).  
\*\*\* 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.