

GE_GERICHTE A/3109/2015 vom 28. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3109_2015

FR: GE_GERICHTE A/3109/2015 du 28 mars 2017

IT: GE_GERICHTE A/3109/2015 del 28 marzo 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE 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 _____ 1980, ressortissant français, marié, est arrivé en Suisse le 1 er juin 2007. Il est au bénéfice d'un permis C depuis le 6 juin 2012. L'assuré a travaillé à compter du 1 er janvier 2008 à plein temps en qualité de compliance officer au sein de B_____ (Suisse) SA (ci-après : l'employeur). 2. Depuis le 6 juin 2008, l'assuré a présenté, à répétitions, des périodes d'incapacité de travail totale ou partielle pour cause de maladie. Le cas été pris en charge par la Zürich Compagnie d'assurances SA, qui versera en faveur de l'assuré des indemnités journalières pour perte de gain jusqu'au 14 juillet 2010 (cf. décompte du 28 juillet 2010). 3. Le 4 juillet 2008, l'assuré a été opéré à l'Hôpital européen Georges-Pompidou à Paris en vue de l'exérèse de trois paragangliomes para et rétro-cardiaques, associée à un pontage de l'artère mammaire interne gauche sur l'interventriculaire antérieure, et de la résection d'un paragangliome rétrogastrique. En 2001, il avait déjà subi un pontage de l'artère carotidienne droite. Suite à la seconde opération, l'assuré a progressivement développé une douleur à la base du crâne au niveau du foramen jugulaire, et une douleur lombaire au niveau de L2 (cf. rapport du 3 septembre 2009 du docteur C_____, spécialiste FMH en oncologie médicale et médecine interne). Les douleurs étaient constantes sous forme de coups de poignard, de compression et de décharges électriques (cf. rapport du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des hôpitaux universitaires de Genève [HUG] du 30 juillet 2009). Du 11 août au 7 septembre 2008, l'assuré a séjourné à la clinique Valmont-Genolier pour une rééducation cardiovasculaire, avec un traitement d'Aspirine, de Nexium et de morphine (cf. rapport du 17 septembre 2008 de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en cardiologie). 4. Le 27 août 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). 5. Dans son rapport du 28 octobre 2009, le docteur E_____, spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de paragangliome métastatique d'origine génétique. L'assuré souffrait de céphalées et de lombalgies. Le pronostic était globalement bon, la maladie étant lentement progressive et peu agressive. Toutefois, la nature génétique (la mutation du gène de la succinate déshydrogénase [SDHD]) rendait la survenue de nouvelles lésions inéluctable. L'assuré éprouvait des troubles de la concentration, de la fatigue et des douleurs de dos et de tête, ce qui rendait le maintien en position assise difficile au travail. Il allait suivre une radiothérapie de la base du crâne et de la vertèbre L2. La capacité de travail était partielle. 6. Dans son rapport du 23 février 2010, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne, a noté que l'assuré souffrait d'une maladie

rarissime métastatique nécessitant un traitement antalgique lourd (opiacés, benzodiazépines). Les douleurs étaient intenses et ne permettaient en aucun cas une activité à plein temps. [endif]>[if> 7. Dans son rapport du 1^{er} juillet 2010, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. La maladie était chronique, les douleurs persistaient. La radiothérapie avait été infructueuse. Une chirurgie de la lésion du foramen jugulaire était envisagée. L'assuré était très gêné par ses différentes douleurs (cervicalgies, céphalées et lombalgies). [endif]>[if> 8. Dans une note du 21 septembre 2010, le gestionnaire du dossier auprès de l'OAI a, sur la base des divers certificats médicaux, fixé le début de l'incapacité de travail durable au 25 mars 2009. [endif]>[if> 9. À compter du 1^{er} octobre 2010, l'assuré a été transféré à un poste adapté moins stressant au service de son employeur pour un taux d'occupation de 50%. [endif]>[if> 10. Par décision du 11 novembre 2011, reprenant la teneur d'un projet de décision du 7 mars 2011, l'OAI a reconnu l'assuré invalide à 50%, et l'a mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2010. [endif]>[if> 11. En raison de crises douloureuses intolérables (malgré la prise de médicaments) à point de départ lombaire, irradiant dans la nuque, le cou et la partie gauche du thorax, SOS Médecins est intervenu au domicile de l'assuré en urgence en vue de l'injonction de morphine et d'autres antidouleurs, aux dates suivantes : le 13 juin (au soir), les 1^{er} (au matin), 2 (au matin), 23 (au soir), 27 (au soir), et 28 (dans l'après-midi) octobre, le 3 novembre (au matin), le 31 décembre (dans la nuit) 2012, et le 17 janvier 2013 (au soir). Les 12 juin, 22 juillet, 29 septembre et 8 décembre 2012, l'assuré avait également consulté en urgence la Clinique des Grangettes pour le même motif, en vue de l'administration de morphine notamment. En particulier, dans son rapport du 22 juillet 2012, la clinique a mentionné que l'assuré, à l'arrivée, était très algique, pâle et transpirant. Les extrémités étaient froides et la pose de Venflon était difficile. [endif]>[if> 12. Dans son rapport du 6 janvier 2013, la docteure G_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic de crise adrénérurgique. L'assuré, qui s'était présenté la veille au service des urgences des HUG, souffrait d'une crise aiguë surajoutée à ses douleurs chroniques sous-jacentes (thorax, lombaires, cervicales, céphalées en casque). Dès 21h30, il avait manifesté les symptômes suivants : bouffées de chaleur avec vertiges, sensation de froid, pâleur des extrémités et tremblements généralisés suivis d'un pic d'oppression thoracique irradiant dans le membre supérieur gauche (MSG). Depuis quelques mois, il décrivait une exacerbation de la fréquence des crises. À domicile, il gérait seul la morphine. [endif]>[if> 13. Le 18 mars 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne, et médecin traitant, a informé l'OAI d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis six mois. Celui-ci souffrait d'une maladie orpheline particulièrement rare, comprise dans la famille des cancers neuroendocriniens. Les nouvelles métastases au foramen jugulaire droit, ainsi qu'au niveau de l'apophyse de la vertèbre lombaire L2 étaient particulièrement douloureuses. En dépit des traitements (radiothérapie conventionnelle aux HUG, radiothérapie métabolique à l'Hôpital universitaire de Bâle en 2011), les douleurs persistaient. Depuis l'été 2012, de nouvelles douleurs chroniques étaient apparues au niveau du plexus thoracique, ainsi que dans le bras gauche, lesquelles étaient associées à des malaises adrénérurgiques, se traduisant par des bouffées de chaleur avec vertiges, des tremblements généralisés, des sensations de froid et une pâleur dans les extrémités. Les malaises répétés, les allers-retours réguliers dans les services d'urgence et les douleurs chroniques aiguës avaient nécessité une réévaluation du traitement de morphiniques et d'anti-inflammatoires ; l'assuré avait dû cesser toute activité professionnelle. [endif]>[if> 14. Dans le questionnaire pour la révision de la rente, remis

à l'OAI le 3 avril 2013, l'assuré a confirmé l'aggravation de son état de santé, et indiqué qu'il présentait une incapacité de travail totale depuis le 6 mars 2013 (cf. également questionnaire de l'employeur du 15 avril 2013). [endif]>[if> 15. Dans son rapport du 9 avril 2013, le Dr H_____ a mentionné qu'il n'existait actuellement pas de thérapie contre la maladie dont était atteint l'assuré. Le paragangliome sur mutation génétique était malin avec de multiples métastases. L'assuré présentait des métastases à la vertèbre D8 et L2, à la base du crâne au niveau du foramen ovale, autour de la carotide droite, et dans la région péricardique. Il souffrait de malaises à répétition avec décharges adrénérergiques par les cellules paraganglionnaires et des poussées hypertensives, ainsi que d'algies fulgurantes thoraciques à gauche irradiant vers l'épaule, ceci étant en rapport avec la masse paraganglionnaire paracardiaque gauche. Ces algies pouvaient survenir plusieurs fois par jour, et nécessitaient la prise de Sevredol trois fois par jour, ainsi que des injonctions de morphine, de péthidine ou de Valium deux à trois fois par jour. Dans ces conditions, l'assuré n'était plus capable de travailler. [endif]>[if> 16. Par décision du 7 août 2013, reprenant la teneur d'un projet de décision du 16 mai 2013, et se basant sur l'avis du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) du 13 mai 2013, lequel admettait une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 6 mars 2013, l'OAI a mis ce dernier au bénéfice d'une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} juin 2013, soit trois mois après l'aggravation constatée. [endif]>[if> 17. Par courriel du 25 janvier 2015, l'assuré a envoyé à l'OAI le formulaire pour une demande d'allocation pour impotent. Il a expliqué dans son courriel que son état de santé s'était nettement dégradé depuis les douze derniers mois. Étant seul durant toute la journée, il éprouvait des difficultés à gérer sa journée, notamment en cas de crise, lorsqu'il devait contacter un médecin ou une ambulance. En raison de la lourdeur de son traitement médicamenteux, et de l'intensité de ses douleurs, il était incapable d'effectuer de nombreux actes au quotidien, tels que préparer un repas, faire des courses, conduire, ou voyager seul. [endif]>[if> Dans sa demande d'allocation pour impotent, l'assuré a indiqué qu'il avait besoin de soins permanents ou de prestations d'aide médicale de jour et de nuit. Le traitement médicamenteux était lourd, avec injections d'antalgiques, notamment lors des crises adrénérergiques de plus en plus fréquentes, depuis Noël 2013/2014. L'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) avait effectué des visites ponctuelles, le temps de lui apprendre les injections. Il était désormais seul à gérer sa maladie au quotidien. Une surveillance personnelle de jour et de nuit était nécessaire. Le traitement médicamenteux était épuisant, et les douleurs permanentes. Il n'avait plus la force d'exécuter de nombreux actes au quotidien. En cas de crise, personne n'était présent pour l'aider. Dans ces moments-là, il avait à peine la force pour appeler à l'aide. Son épouse, lorsqu'elle rentrait du travail le soir, ou lorsqu'elle ne travaillait pas, s'occupait de la surveillance. Il avait, en particulier, besoin d'une aide pour les actes suivants : se lever, s'asseoir, se coucher (lorsqu'il était debout sans bouger, assis, ou couché, il souffrait au niveau de la tumeur lombaire, il s'agissait d'une douleur irradiante) ; manière inhabituelle d'aller aux toilettes (il rencontrait des problèmes de constipation au quotidien dus à l'usage quotidien de la morphine, ainsi que des problèmes de miction, il devait utiliser de l'eau chaude pour pouvoir uriner) ; se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux (les douleurs le fatiguaient très vite, il ne sortait plus sans la morphine, il ne pouvait plus conduire, ni voyager seul). S'agissant de l'acte « manger », il avait répondu par la négative, mais précisé qu'il n'avait pas la force de cuisiner, et qu'il mangeait en petite quantité suite à l'opération de la carotide droite, cet acte exigeant un effort fatigant. Il avait besoin d'un

accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie. Des prestations d'aide étaient nécessaires pour lui permettre de vivre chez lui, afin d'être en sécurité en cas de crise. Il serait par exemple utile de mettre en place un système d'alarme des proches. Un accompagnement était nécessaire pour les rendez-vous et les contacts hors du domicile, notamment lorsqu'il devait se rendre chaque année à l'hôpital de Bâle pour une scintigraphie, ne pouvant s'y rendre tout seul. La présence régulière d'un tiers était nécessaire pour éviter l'isolement durable du monde extérieur. Son épouse pouvait toutefois jouer ce rôle lorsqu'elle rentrait le soir. 18. Dans le formulaire « instruction relative à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie » du 13 février 2015, l'assuré a mentionné qu'il avait besoin d'aide pour les activités suivantes depuis Noël 2013 : activités administratives simples (un accompagnement était nécessaire pour se déplacer à l'administration) ; tenir le ménage (ses douleurs au niveau lombaire l'empêchaient de faire le ménage) ; achats, loisirs ; contacts avec les administrations, visites médicales (selon la distance) ; voyages, conduites ; aller au restaurant, concerts, théâtres, cinémas, événements de famille, visites, fêtes (il ne sortait jamais sans les seringues de morphine, son voyage prévu à Noël 2013 à Paris où sa famille habite avait été annulé en raison d'un malaise à l'aéroport). Il passait la plus grande partie de son temps seul dans son appartement. Son épouse travaillait à temps partiel (60%), et l'aidait le reste de son temps. À partir d'août 2015, elle serait toutefois occupée à plein temps. Lors de ses malaises, seul à la maison, il avait de la peine pour parler au cardiologue. 19. Dans son rapport du 31 mars 2015, le Dr H_____ a relevé que les lésions malignes multifocales déclenchaient des douleurs intenses tant au niveau de la base du crâne, de l'hémithorax, que des vertèbres thoraciques et lombaires, pour lesquelles il n'y avait actuellement pas de thérapie palliative. La thérapie à base de morphine nécessitait des doses très importantes quotidiennes. Lors des poussées algiques correspondant avec des décharges de catécholamines de ses cellules tumorales, l'assuré restait prostré et n'était pas en mesure d'assurer seul sa thérapie antalgique. Il avait besoin d'aide, y compris pour les tâches les plus simples de la vie. 20. Mandatée par l'OAI, le 4 mai 2015, Madame I_____, infirmière au service externe, a effectué une enquête à domicile chez l'assuré. Dans son rapport du même jour, elle a indiqué que l'assuré était indépendant pour les actes ordinaires de la vie, mais qu'il avait régulièrement besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Il n'avait pas besoin d'aide pour organiser sa journée. Il était seul trois jours par semaine lorsque son épouse travaillait, laquelle avait congé les mercredis et jeudis. Cette dernière cuisinait et prenait en charge les tâches ménagères. L'assuré aurait toutefois besoin d'une aide extérieure pour ces tâches s'il vivait seul. Il n'avait pas besoin d'aide pour son hygiène personnelle. Il prenait en charge les tâches administratives le concernant. Il passait une grande partie de la journée au lit. Il prenait les rendez-vous lorsque son épouse avait congé afin qu'elle puisse l'accompagner. Les crises de douleurs se manifestaient à n'importe quel moment de la journée. Elles provoquaient une tachycardie importante avec un malaise généralisé. Il devait faire des injections de morphine plusieurs fois par jour. En cas de crise, il appelait l'ambulance qui le transportait à l'hôpital. En cas de douleurs importantes, il ne parvenait pas à effectuer les injections sans l'aide de son épouse la nuit. Il sortait au supermarché en compagnie de son épouse, il ne prenait plus les transports publics. Lorsqu'il se rendait à Bâle pour les contrôles médicaux, il se déplaçait en transport privé, ce qui lui coûtait très cher. Il n'avait pas d'autres contacts sociaux en dehors de son épouse et des soins médicaux. Il regardait la télévision en attendant le retour de son épouse. Il avait besoin d'une aide permanente pour les soins de base, notamment une antalgie importante

sous forme d'injection de morphine entre 100 et 150 mg par jour par voie intramusculaire. Il avait également des ampoules de Valium en réserve. Il savait préparer et faire les injections. Son épouse pouvait l'aider la nuit en cas de douleurs importantes. L'assuré n'avait pas besoin d'une surveillance personnelle ; il était seul toute la journée lorsque son épouse était au travail. Il souffrait d'une maladie orpheline, qui s'aggravait, et occasionnait des douleurs importantes. Il avait essentiellement besoin d'aide pour les tâches au sein de son appartement et les activités en dehors de la maison depuis Noël 2013, ce qui remplissait deux heures par semaine. L'infirmière a recommandé l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible en vue d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis janvier 2014, soit une année avant le dépôt de la demande. 21. Dans un projet de décision du 13 mai 2015, l'OAI, se basant sur ladite enquête, a octroyé une allocation pour impotent de degré faible, dès le 1^{er} décembre 2014, soit après une année de délai de carence. 22. Par courriel du 26 mai 2015, l'assuré a écrit à la gestionnaire du dossier qu'en raison de ses crises adrénurgiques fréquentes, de ses symptômes (douleurs thoraciques, MSG ankylosé, douleur à la base du crâne), et de sa fragilité cardiaque, une surveillance permanente, sur place ou à distance, était indispensable. Une impotence moyenne serait ainsi plus appropriée. 23. Par courrier du 27 mai 2015, l'OAI a répondu que la surveillance personnelle permanente ne pouvait être retenue que pour les personnes ne pouvant être laissées seules, même un court instant, ce qui n'était pas son cas au vu de l'enquête, dont il ressortait qu'il pouvait rester seul toute la journée lorsque son épouse travaillait. Même si ladite surveillance avait été retenue, elle n'aurait pas modifié le degré d'impotence, l'assuré n'ayant pas besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie. 24. Dans son courrier du 13 juin 2015, l'assuré a invité l'OAI à réviser sa décision. Il avait besoin d'une aide pour manger et se déplacer. Il a expliqué que depuis son opération de la carotide droite en 2001, au cours de laquelle une saphène avait été mise en place, il n'avalait les aliments plus qu'avec la partie gauche de la gorge, ce qui causait régulièrement des fausses routes. Durant cette même intervention, le chirurgien avait utilisé des écarteurs pour maintenir son visage en place, ce qui avait créé une luxation des articulations temporaux mandibulaires, rendant douloureuse toute ouverture de la bouche. La radiothérapie conventionnelle avait également atteint les glandes qui produisent la salive. Son épouse devait alors préparer chaque jour la veille des plats faciles à digérer (purée, compotes), et il devait régulièrement boire pendant le repas pour remplacer la salive qu'il n'avait plus. S'agissant de l'acte « se déplacer », depuis qu'il avait eu une crise adrénurgique intense en septembre 2013, alors qu'il était au volant de sa voiture, il ne conduisait plus. Désormais, il devait systématiquement être accompagné par un tiers pour éviter de s'exposer à un risque trop important. 25. Par décision du 10 août 2015, l'OAI a reconnu que l'assuré se nourrissait de façon inhabituelle, si bien qu'il a admis l'acte de se nourrir. En revanche, le besoin d'aide pour se déplacer avait déjà été retenu lors de la reconnaissance de l'accompagnement durable, de sorte que cet acte ne pouvait être comptabilisé une seconde fois, sinon l'accompagnement devait être annulé. Ainsi, il avait droit à une allocation pour impotent de degré faible, basée sur un accompagnement durable et un acte ordinaire de la vie, à compter du 1^{er} décembre 2014. 26. Par acte du 9 septembre 2015, le Dr H_____ a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, demandant de réévaluer le niveau d'impotence octroyé à son patient. Le traitement antalgique nécessaire à la pathologie devenait d'une lourdeur invalidante. En vue de diminuer le nombre d'injections de morphine (jusqu'à vingt par jour), lesquelles ne parvenaient pas à endiguer les douleurs fulgurantes, et entraînaient

des états confusionnels, les HUG tentaient de remplacer les injections par des traitements transcutanés. Les effets secondaires de cette antalgie nécessitaient un besoin d'encadrement continu. Le pontage de la carotide interne droite par une saphène en 2001 avait créé une zone d'hyperesthésie, débutant au niveau de l'articulation mandibulaire, et descendant tout le long de la cicatrice, ce qui provoquait des douleurs très vives, agissant parfois comme une « décharge électrique » ou un « coup de marteau ». En raison de la tumeur au niveau du foramen jugulaire droit, de l'apparition des acouphènes et d'une légère perte auditive à l'oreille droite, le recourant ne parvenait plus à poser sa joue sur un oreiller du côté droit, et rencontrait des difficultés à garder le cou reposé. La position couchée était donc particulièrement contraignante. La lésion au niveau rétro-aortique (D8), ainsi que celle au niveau de l'apophyse de L1/L2 engendraient également des douleurs importantes (sensation de brûlure, et d'irradiation vers le bas du dos), qui le faisaient souffrir tant debout qu'assis. Une présence quotidienne pour les actes les plus banals de la vie était en conséquence nécessaire. [endif]>[if> 27. Sur demande de la chambre de céans, par courrier du 23 septembre 2015, le recourant a spécifié qu'il autorisait le Dr H_____ à le représenter en justice, en précisant que les courriers ne devaient pas être adressés audit médecin, mais lui être envoyés directement. [endif]>[if> 28. Dans sa réponse du 7 octobre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les éléments décrits par le Dr H_____ avaient déjà été pris en considération dans le cadre de l'évaluation de l'impotence. Ce dernier n'avait pas contesté le rapport d'enquête du 4 mai 2015, qui avait valeur probante. En raison d'un besoin d'aide régulier et important pour accomplir un acte ordinaire de la vie (se nourrir) et d'un accompagnement durable, le recourant n'avait droit qu'à une impotence de degré faible. [endif]>[if> 29. Dans sa réplique du 13 novembre 2015, le recourant a conclu à la réévaluation de son niveau d'impotence. L'intimé n'avait pas retenu l'acte « aller aux toilettes de façon inhabituelle », qu'il avait pourtant spécifié dans le questionnaire préalable à la visite de l'infirmière. Sa tumeur neuroendocrine sécrétait de manière aléatoire et imprévisible la noradrénaline, qui était une catécholamine. Cette hormone avait un effet vasoconstricteur sur les vaisseaux sanguins, c'est-à-dire le diamètre de ses vaisseaux se rétrécissait, de sorte que la miction, soit le processus d'évacuation des urines de la vessie, devenait très compliquée sans l'aide d'autrui. À cela s'ajoutait la constipation urinaire (recte : une rétention urinaire), due à son traitement médicamenteux quotidien (morphine, péthidine ou Tora-dol). Afin de pouvoir uriner, son épouse lui donnait une tasse avec de l'eau chaude, pour permettre la dilation des vaisseaux. Il s'agissait toutefois d'un remède précaire, puisqu'il était obligé de pousser pour uriner, ce qui créait des douleurs très fortes au niveau de sa tumeur lombaire et de la tachycardie, et sa tête tournait. Au quotidien, il rencontrait, par ailleurs, des difficultés pour l'acte « se lever, s'asseoir, se coucher » en raison des douleurs neuropathiques importantes vers le bas du dos. La position assise était devenue depuis début 2013 particulièrement inconfortable. Son épouse avait acheté des coussins et des housses pour rendre plus confortables les sièges de la cuisine et du salon. La position couchée était la plus douloureuse pour les motifs exposés dans l'acte de recours. Il rencontrait beaucoup de difficultés à dormir, il se réveillait maintes fois dans la nuit, et avait mal au cou et au dos. Pour le soulager, son épouse avait posé des coussins sous le matelas (pour relever le sommier), ainsi que des oreillers sur le matelas (pour soutenir les lombaires et avoir le minimum de pression sur le cou et la base du crâne). [endif]>[if> 30. Dans sa duplique du 2 décembre 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Selon le rapport d'enquête, le recourant était indépendant pour effectuer les deux actes ordinaires qu'il décrivait dans sa réplique. Les éléments apportés ne modifiaient pas son appréciation

antérieure, car ils n'entraient pas dans les critères pour reconnaître une aide régulière et importante. !endif]>[if> 31. À la demande de la chambre de céans, par courrier du 16 décembre 2015, le Dr H_____ a indiqué que les descriptions et conclusions du rapport d'enquête du 4 mai 2015 concordait à son appréciation de l'état de santé de son patient et de sa situation actuelle. !endif]>[if> 32. Le 17 décembre 2015, le recourant a versé au dossier son courriel de la veille, adressé à la chambre de céans, ainsi que les clichés de la scintigraphie, laquelle mettait en évidence les tumeurs connues, ainsi que les nouvelles, notamment celle au niveau de la vessie, ce qui confirmait les difficultés rencontrées pour aller aux toilettes. En outre, il critiquait le rapport d'enquête ; l'infirmière n'avait pas pris en compte les conséquences des déséquilibres hormonaux, problématique pourtant au centre du cancer neuroendocrinien. !endif]>[if> 33. Dans ses observations du 15 janvier 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions, se référant à l'appréciation du Dr H_____ du 16 décembre 2015 quant au rapport d'enquête. !endif]>[if> 34. Dans ses observations du 4 avril 2016, le recourant a allégué que le rapport d'enquête n'était pas représentatif de son état de santé. Il était atteint d'une pathologie rare, aucun patient en Suisse ne présentait la même forme de maladie que la sienne. Les médecins à Genève, Morges, Lausanne, Berne et Bâle le soignaient au « coup par coup », en l'absence d'expérience sur laquelle s'appuyer. Il était ainsi difficile de prescrire exactement le traitement nécessaire pour soulager ses douleurs. Dans ce contexte, l'infirmière n'avait pas pu avoir une connaissance suffisante des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Dans le questionnaire préalable à l'enquête à domicile, il avait mentionné la nécessité de mettre en place une surveillance permanente. Les paragangliomes sécrétaient de manière aléatoire et de façon imprévisible des hormones appelées catécholamines. L'hypersécrétion, en d'autres termes, la crise adrénérurgique, se manifestait par une hypertension artérielle chronique, et/ou par des poussées tensionnelles paroxystiques qui pouvaient engendrer des malaises graves (accès de céphalées, sueurs profuses, palpitations, pâleur, anxiété ou angoisse). !endif]>[if> Le recourant a produit le certificat du docteur J_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecine intensive, médecin cantonal auprès de la direction générale de la santé, et celui du Dr C_____ du 31 mars 2016, dans lequel le premier confirmait que le recourant souffrait d'une maladie orpheline, et soutenait la démarche effectuée auprès de l'intimé, tandis que le second attestait que le recourant était suivi dans le service d'oncologie des HUG depuis le 27 août 2009 pour une affection grave pouvant provoquer des malaises et des crises d'épilepsie, de sorte qu'une surveillance directe ou indirecte était justifiée. 35. Dans son écriture du 4 mai 2016, l'intimé a argué qu'au vu du dossier et du rapport d'enquête, les conditions n'étaient pas remplies pour accorder une surveillance personnelle permanente. Cela étant, puisque le Dr C_____ évoquait, dans son attestation précitée, que le recourant était sujet à des crises d'épilepsie, l'intimé a sollicité de la chambre de céans qu'elle s'enquière auprès dudit spécialiste quant à la nature des malaises dont souffrait le recourant, et s'agissant des crises d'épilepsie, qu'il précise depuis quand elles existaient, avec quelle fréquence elles se produisaient, et le type d'épilepsie dont il était question. !endif]>[if> 36. Dans son rapport du 27 mai 2016, le Dr C_____ a répondu que le recourant présentait un problème oncologique rare d'une extrême complexité. Le médecin a posé les diagnostics de paragangliome métastatique dans le cadre d'un syndrome de type I (délétion du gène SDHD), en progression lente, d'un syndrome d'apnée du sommeil d'intensité modérée dans le cadre d'une utilisation d'opiacés et de benzodiazépines à hautes doses et d'anxiété majeure. Les métastases au niveau de la vertèbre lombaire L2, du foramen jugulaire, de la surrenale droite, et en pré-vertébral droit

nécessitaient divers traitements par radiothérapie et par radiothérapie métabolique administrés à l'Université de Bâle. Il avait également été récemment hospitalisé dans le service de pneumologie aux HUG pour investiguer des épisodes de désaturation mis sur le compte d'un syndrome d'apnée du sommeil modéré, possiblement en relation avec la consommation d'opioïdes et de benzodiazépines. Il présentait actuellement une progression lente de la maladie, avec l'apparition de nouvelles métastases, principalement hépatiques. Sur le plan clinique, il souffrait de nombreux épisodes de douleurs aiguës sur un fond chronique, accompagnées d'anxiété majeure et de malaises intenses nécessitant de très fréquentes interventions des services d'urgence. La nature des malaises était difficile à définir. Ils apparaissaient souvent de manière brutale, et contrairement aux informations mentionnées dans son rapport précédent, sans crises d'épilepsie réelle. La soudaineté des malaises et leur intensité nécessitaient toutefois de très fréquentes interventions médico-soignantes en urgence. Dans ce contexte très particulier, le recourant devrait pouvoir bénéficier d'un système d'alarme permanent. ![/endif]>![if> 37. Dans sa détermination du 20 juin 2016, le recourant a soutenu qu'au vu du rapport précité du Dr C_____, de son profil cardio-vasculaire à risque, du fait qu'il soit seul à la maison la plupart du temps, son épouse travaillant désormais à plein temps, aucun élément ne s'opposait à la réévaluation de son niveau d'impotence, ce d'autant que le rapport d'enquête mentionnait que s'il devait se retrouver seul à domicile, il aurait alors besoin d'aide. ![/endif]>![if> 38. Dans sa détermination du 6 juillet 2016, l'intimé a intégralement persisté dans ses conclusions. Il a joint l'avis du SMR du 8 juin 2016, aux termes duquel le Dr C_____ n'avait pas fourni de renseignements quant à la fréquence et la durée des malaises du recourant. Selon l'intimé, une surveillance personnelle permanente ne pouvait pas être octroyée pour un double motif. D'une part, le recourant restait la plupart du temps seul à son domicile, son épouse travaillant à plein temps. D'autre part, le besoin d'un accompagnement durable excluait ladite surveillance. En outre, le rapport d'enquête avait nié le besoin d'aide pour l'acte « se déplacer », les difficultés éprouvées pour les activités et les contacts hors du domicile ayant déjà été prises en compte dans le cadre de l'accompagnement. ![/endif]>![if> 39. Lors d'un entretien téléphonique avec le greffe de la chambre de céans le 12 juillet 2016, le recourant a indiqué qu'il souhaitait pouvoir se déterminer après avoir discuté avec la juriste de l'intimé. Celle-ci étant toutefois absente jusqu'au début du mois d'août, il a sollicité un délai à mi/fin août pour déposer ses observations (cf. note de greffe du 12 juillet 2016). ![/endif]>![if> 40. Le 19 août 2016, le recourant a sollicité de la chambre de céans une prolongation de délai. Il était toujours en discussion avec l'intimé afin qu'un accord soit trouvé. Il avait cependant dû contacter ce jour-ci SOS Médecins, car il était très malade. En l'absence d'amélioration rapidement, il devrait être hospitalisé (cf. note de greffe du 19 août 2016). ![/endif]>![if> 41. Le 21 octobre 2016, le recourant a contacté par téléphone le greffe de la chambre de céans, et expliqué qu'il avait rédigé son écriture, mais qu'il était totalement incapable de la mettre à la Poste. Étant sous morphine, il ne parvenait pas à se déplacer, si bien qu'il a sollicité un délai supplémentaire (cf. note de greffe du 21 octobre 2016, prolongeant ledit délai au 28 octobre 2016). ![/endif]>![if> 42. Dans ses observations du 28 octobre 2016, le recourant a conclu à la reconnaissance de la nécessité d'une surveillance. Ses crises n'étaient pas planifiables. Au vu du rapport de la Dresse G_____ – qui décrivait les symptômes suivants : crise aiguë surajoutée aux douleurs chroniques sous-jacentes (thorax, lombaires, cervicales, céphalées en casque), bouffées de chaleur avec vertiges, sensation de froid, pâleur des extrémités et tremblements généralisés suivis d'un pic d'oppression thoracique irradiant

dans le MSG –, il s'est demandé s'il n'y avait pas un danger à le laisser sans surveillance, dans un contexte de graves troubles vasculaires chroniques. Il posait également la question de savoir s'il n'y avait pas un danger, dans un contexte d'apnées du sommeil et de dépression respiratoire, à consommer de la morphine sans surveillance chaque jour, notamment s'il fallait tenir compte du fait que l'effet des opiacés diminuait dans le temps, et qu'il fallait augmenter régulièrement les doses pour obtenir un soulagement constant. Les douleurs lui brûlaient le dos du matin au soir. Il se sentait épuisé, exténué. Il avait dernièrement perdu 2 kg. Il n'avait pas mangé depuis presque deux jours. ![endif]>![if> 43. Par courriel du 8 novembre 2016, le recourant a transmis à la juriste de l'intimé une lettre émanant de SOS Médecins du 4 novembre 2016, mettant en évidence une infection de l'épaule, dont l'écoulement était encore actif. Ainsi, selon le recourant, livré à lui-même pour le traitement quotidien lourd qu'il subissait, il se mettait en danger. ![endif]>![if> 44. Dans un second courriel du même jour, le recourant a également fait part à ladite juriste qu'en renonçant à la nécessité d'un accompagnement durable, et en validant les actes de la vie « se déplacer » et «se nourrir », la surveillance permettrait de retenir une impotence de degré moyen. Il présentait les risques suivants : un infarctus lié à une crise adrénurgique ou à une thrombose veineuse sur les points de pontage, une dépression respiratoire lié à l'utilisation de dérivés morphiniques, une infection aux staphylocoques sur les points des nombreuses injections réalisées au quotidien. Son épaule était actuellement infectée depuis près de deux mois. ![endif]>![if> 45. Dans ses observations du 9 décembre 2016, l'intimé a indiqué qu'il avait eu plusieurs échanges téléphoniques avec le recourant, au cours desquels, il avait recommandé à celui-ci d'expliquer par écrit de manière plus détaillée dans quelle mesure il avait besoin d'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ainsi que la fréquence de ses malaises et leurs conséquences, et de produire, le cas échéant, des documents médicaux y relatifs. Par entretien téléphonique du 22 novembre 2016, l'intimé avait informé le recourant que les documents produits ne modifiaient pas son appréciation antérieure. Il l'a toutefois encouragé à déposer une demande pour une contribution d'assistance. ![endif]>![if> L'intimé a joint la note téléphonique du 10 août relatif aux explications fournies sur les conditions à réunir pour qu'une allocation pour impotent de degré moyen soit accordé, et celle du 22 novembre 2016, ainsi que l'avis du SMR du 5 décembre 2016, aux termes duquel l'attestation de SOS Médecins du 4 novembre 2016 signalait uniquement un abcès de l'épaule droite. Les dosages sanguins ne montraient qu'une réaction inflammatoire réactionnelle à l'infection et une atteinte hépatique. En l'absence de renseignements sur les malaises, il n'était pas possible de modifier l'évaluation quant à la nécessité d'une surveillance personnelle permanente. 46. Dans sa détermination du 1^{er} mars 2017, le recourant a conclu à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen. L'intimé avait reconnu une aide pour deux actes de la vie, soit « se nourrir » et « se déplacer ». Les rapports d'examen de son infection au membre supérieur droit reflétaient les risques réels auxquels il s'exposait dans la mesure où il était livré à lui-même et qu'il devait faire les piqûres seul. Il a rappelé que les Drs J_____ et C_____ avaient mis en exergue la nécessité d'une surveillance permanente. ![endif]>![if> 47. Copie de cette écriture a été communiquée à l'intimé, et la cause a été gardée à juger. ![endif]>![if> EN DROIT 1. a. 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), 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de ceans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Le recours, interjeté le 9 septembre 2015 contre la décision litigieuse du 10 août 2015, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu par ailleurs de la suspension des délais de recours du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties; il doit s'attacher à établir le faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3 ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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). e. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS

101 – Cst.; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d).

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; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).> Le droit à appliquer en l'espèce est celui qui était en vigueur lorsque l'intimé a rendu la décision attaquée du 10 août 2015, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008). Les dispositions de la LPGA s'appliquent par ailleurs à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications apportées par la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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).

4. a. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à une allocation pour impotent de degré moyen plutôt que de degré léger.> b. En vertu de l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3 LAI et 38 RAI). c. La loi distingue trois degrés d'impotence: grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI). L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 37 al. 1 RAI). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ; (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou (c) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 2 RAI). L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment: (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; (b) d'une surveillance personnelle permanente; (c) de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré ; (d) de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux ; 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).

5. a. Selon le chiffre

8010 de la circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), les actes ordinaires de la vie les plus importants se répartissent en six domaines: (1.) se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever); (2.) se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter); (3.) 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); (4.) faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher); (5.) aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes); et (6.) se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux).

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. 6c; ATF 121 V 94 consid. 6b et les références). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2012 du 8 janvier 2013; I.25/85 du 11 juin 1985 consid. 2b, in RCC 1986 p. 509 ; CIIAI, chiffre 8013). 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 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 H.270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b, in RCC 1983 p. 71).

c. 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). L'aide est importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie, 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, ou lorsque, même avec l'aide d'un tiers, il ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour lui (CIIAI, chiffres 8025-2026).

6.

a. Concernant l'acte ordinaire de « se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou se lever de son lit) », il y a impotence lorsqu'il est impossible à l'assuré de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. Les différentes situations (à la maison, au travail, ailleurs à l'extérieur) doivent être évaluées séparément.

b. S'agissant de l'acte « manger », il y a impotence lorsque l'assuré peut certes manger seul, mais seulement d'une manière non usuelle (ATF 106 V 158) (par ex. s'il ne peut pas couper ses aliments lui-même, qu'il ne peut manger que des aliments réduits en purée ou qu'il ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts ; ATF 121 V 88) (CIIAI, chiffre 8018).

c. En ce qui concerne l'acte « aller aux toilettes », il y a impotence lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène, pour se rhabiller, pour s'asseoir sur les toilettes ou pour s'en relever (ATF 121 V 88 consid. 6). C'est également le cas lorsqu'il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes (par ex. apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner etc.; Pratique VSI 1996 p. 182; cf. ch. 8027). Si l'assuré est muni à

demeure d'un cathéter avec stomie et cystofix (poche à porter jour et nuit), les conditions de ce domaine ne sont remplies que s'il ne peut pas vider ou changer la poche lui-même. Lorsqu'il est nécessaire d'utiliser au moins six fois par jour un cathéter pour vider la vessie, on est en présence d'une manière inhabituelle de faire ses besoins et il y a lieu de reconnaître l'existence d'une impotence pour cet acte ordinaire de la vie, même si l'exigence de l'aide effective d'un tiers n'est pas remplie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_674/2007 du 6 mars 2008 consid. 6). Il n'y a pas impotence lorsque l'assuré doit extraire manuellement ses selles du rectum. Cette manière d'accomplir l'acte d'aller aux toilettes ne constitue pas une atteinte à la dignité humaine (arrêt du Tribunal fédéral 9C_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 5.4) (CIIAI, chiffre 8021). d. Quant à l'acte « se déplacer », il y a impotence lorsque l'assuré, bien qu'il dispose de moyens auxiliaires, ne peut plus se déplacer lui-même dans le logement ou à l'extérieur, ou entretenir des contacts sociaux, soit les relations humaines telles qu'elles se pratiquent quotidiennement (par ex. lire, écrire, fréquenter des concerts, des manifestations politiques ou religieuses, etc.; RCC 1982 p. 119 et 126). La nécessité de l'aide pour entretenir des contacts, afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes psychiquement handicapées), ne doit être prise en compte qu'au titre de «l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie», mais non de la fonction partielle «entretenir des contacts sociaux» (CIIAI, chiffres 8022-2023). 7. a. La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984, p. 371 ; arrêt du Tribunal fédéral I.43/02 du 30 septembre 2002 consid. 3). La notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte 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 au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. 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 l'assuré. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales (RCC 1986 p. 512 consid. 1a avec renvois), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (RCC 1989 p. 190 consid. 3b ; 1980 p. 64 consid. 4b), 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_912/2008 du 5 mars 2009 consid. 3.2.2; I.563/04 du 2 mars 2005 consid. 6.2; ZAK 1986 S. 484 consid 3c ; cf. ATAS/1161/2012 du 25 septembre 2012 consid. 9a/dd). Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré 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 l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_608/2007 du 31 janvier 2008 consid 2.2.1). En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (CIIAI, chiffre 8035). La surveillance personnelle permanente a été admise en cas de risque

d'évanouissement, susceptible de se produire à tout moment, dû à une pression anormalement basse en raison d'une malformation cardiaque, les pertes de connaissance pouvant vraisemblablement aller jusqu'à engager le pronostic vital d'une personne qui souffre des séquelles d'une malformation cardiaque, ainsi que de problèmes pulmonaires et qui nécessite notamment un apport en oxygène constant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_247/2009 du 17 août 2009 consid. 2.2. et 3). La chambre de céans a également admis la surveillance personnelle permanente dans le cas d'une assurée dont l'état de la santé 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 elle pouvait certes marcher avec des cannes, l'équilibre restait précaire et les risques de chutes importants. 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 (ATAS/747/2012 du 31 mai 2012 consid. 8c).

b. La surveillance personnelle permanente doit en outre être requise pendant une période prolongée, par opposition à une surveillance «passagère», par ex. suite à une maladie intercurrente (CIIAI, chiffre 8036). La surveillance « permanente » ne signifie toutefois pas une surveillance vingt-quatre heures sur vingt-quatre. La surveillance quotidienne est nécessaire si les crises se produisent seulement tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (arrêt du Tribunal fédéral 9C_608/2007 du 31 janvier 2008 consid 2.2.1). c. 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 l'assuré dépend régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie (ATF 106 V 153). 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) (cf. ATF 107 V 145 ; CIIAI, chiffre 8037). 8. a. L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI 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). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI); 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). Cette énumération est exhaustive (CIIAI, chiffre 8049). Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes: structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers; ATF 133 V 450 consid. 10). En effet, l'assuré empêché en raison de ses limitations physiques de cuisiner et d'effectuer les tâches ménagères, nécessite l'assistance d'un tiers, sans laquelle il ne pourrait vivre de manière indépendante, pour les travaux ménagers auxquels s'étend l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI, dans la

mesure où ceux-ci ne font pas partie des actes ordinaires de la vie selon l'art. 9 LPGA en relation avec l'art. 37 RAI. Cette assistance (qui comprend les activités telles que cuisiner, faire les courses, faire la lessive et le ménage [arrêt du Tribunal fédéral 9C_410/2009 du 1^{er} avril 2010 consid. 5.4]) représente selon l'expérience générale de la vie un investissement temporel de plus de deux heures par semaine, de sorte que le caractère régulier de l'aide nécessaire est dans ce cas réalisé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4). Les seules difficultés dans l'accomplissement des tâches ménagères, de la préparation des repas et des commissions ne constituent pas des empêchements pour vivre de manière indépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2.3). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par-là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique ne suffit pas ; l'isolement et la détérioration de l'état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2, SVR 2008 IV n. 52 ; cf. CIIAI, chiffre 8052).> b. Le chiffre 8053 de la CIIAI prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 2). c. La nécessité de l'aide d'une tierce personne doit être examinée de manière objective, selon l'état de santé de la personne intéressée. L'environnement dans lequel elle se trouve n'est, en principe, pas déterminant; seul importe le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide d'un tiers. On ne saurait non plus faire de différence selon que l'assuré peut compter sur l'aide de son conjoint ou de ses enfants ou qu'il doit avoir recours à l'aide de personnes étrangères à la famille pour accomplir les actes ordinaires de la vie (CIIAI, chiffre 8083). d. L'assistance qu'apportent concrètement les membres de la famille à l'assuré a trait à l'obligation de diminuer le dommage, qui ne doit être examinée que dans une seconde étape (arrêt du Tribunal fédéral 9C_410/2009 du 1^{er} avril 2010 consid. 5.1, in SVR 2011 IV n. 11). En vertu de l'obligation de réduction du dommage, l'assuré est tenu de prendre les mesures appropriées et celles que l'on peut raisonnablement attendre de lui en vue du maintien ou du recouvrement de son indépendance (par ex. vêtements adaptés à son handicap, souliers à fermeture velcro pour les manchots, moyens auxiliaires, installations auxiliaires). S'il omet de le faire, on ne pourra tenir compte de l'aide dont il a alors besoin lors de l'évaluation de l'impotence (RCC 1989 p. 228 ; 1986 p. 507). Ainsi, il est possible qu'un moyen auxiliaire exclue une impotence. Cependant, une automobile remise par l'AI à des fins professionnelles n'exclut pas pour autant une impotence concernant des trajets privés (ATF 117 V 146). Il faut notamment prendre en considération l'aide apportée par les membres de la famille, en tenant compte du fait que celle-ci peut aller plus loin que celle normalement apportée lorsque la personne n'a pas d'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_410/2009 du 1^{er} avril 2010 consid. 5.5). En particulier les enfants mineurs (en fonction de leur âge) peuvent aussi être appelés à collaborer. Il ne faut cependant pas que

cela entraîne une charge disproportionnée (CIIAI, chiffre 8085). e. Enfin, on peut imaginer des situations où l'assuré nécessite non seulement une aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, mais aussi un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Même dans de telles situations, toutes les conditions en matière d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doivent être remplies. La double prise en compte de la même prestation d'aide n'est cependant pas admissible (CIIAI, chiffre 8055). En effet, si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par ex. une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (CIIAI, chiffre 8048 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.2).

9. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 130 V 61 consid. 6.2; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2).

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). 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).

10. a. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les constatations relevées par Mme I_____, infirmière, dans son rapport d'enquête du 4 mai 2015, a reconnu la nécessité pour le recourant d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, ainsi que, suite à l'opposition du recourant du 13 juin 2015, d'une aide régulière et importante pour un seul acte ordinaire de la vie, soit se nourrir.

b. Le recourant se prévaut encore d'un besoin d'aide supplémentaire pour « aller aux toilettes », « se lever, s'asseoir, se coucher », « se déplacer », et soutient qu'une surveillance personnelle permanente lui est nécessaire, ce que l'intimé conteste, se référant au rapport d'enquête précité, dans lequel l'infirmière avait répondu par la négative aux questions de savoir si le recourant nécessitait une aide pour ces actes-ci. En outre, selon le recourant, dès lors que l'intimé a admis les actes « se déplacer » au travers de l'accompagnement durable, et « se nourrir », l'abandon de l'accompagnement, au profit de la surveillance permanente, permettrait de retenir une impotence de degré moyen.

11. a. Il convient de déterminer si le recourant a besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes invoqués.

b. Concernant l'acte « aller aux toilettes », selon l'enquête du 4 mai 2015, le recourant serait indépendant. Cela étant, dans son rapport, l'infirmière a rapporté d'une manière générale, outre ses observations, les déclarations du recourant. Or, celui-ci a

précisément déclaré le contraire tant dans la demande d'allocation pour impotent du 25 janvier 2015 (il rencontrait des problèmes de constipation au quotidien dus à l'usage quotidien de la morphine, ainsi que des problèmes de miction ; il devait alors utiliser de l'eau chaude pour pouvoir uriner) que dans sa réplique du 13 novembre 2015. À cette occasion, il a expliqué que sa tumeur neuroendocrine sécrétait de manière aléatoire et imprévisible la noradrénaline, soit une catécholamine, qui a un effet vasoconstricteur sur les vaisseaux sanguins, de sorte que le diamètre de ses vaisseaux se rétrécissait, ce qui avait pour conséquence une miction très compliquée. Le Dr H_____ a confirmé dans son rapport du 31 mars 2015 que les cellules tumorales provoquaient des décharges de catécholamines. Afin de pouvoir uriner, son épouse lui fournissait une tasse avec de l'eau chaude pour permettre l'effet inverse, soit la dilation des vaisseaux, et pouvoir uriner. Ce remède était toutefois précaire, car le recourant était tout de même contraint de pousser pour uriner, ce qui provoquait de la tachycardie, des douleurs intenses au niveau de la tumeur lombaire, et sa tête tournait. Dans la mesure où, selon la CIIAI, apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, ou apporter une aide régulière pour uriner constituent une manière inhabituelle d'aller aux toilettes, force est de constater qu'une même conclusion s'impose s'agissant en l'occurrence de l'apport, par l'épouse du recourant, d'eau chaude pour aider celui-ci à uriner, qui est un acte effectué plusieurs fois par jour mais rendu en l'espèce difficile au quotidien en raison de la sécrétion de la noradrénaline et des effets secondaires du traitement médicamenteux. Ainsi, la chambre de céans considère, au vu de ces circonstances, qu'il y a lieu de s'écarter des conclusions de l'enquête réalisée le 4 mai 2015 en tant qu'elle exclut un besoin d'une aide régulière pour uriner. Le recourant présente une maladie sévère doublée d'une rétention urinaire, qui l'empêche d'accomplir de manière habituelle l'acte quotidien d'aller aux toilettes. On rappellera à cet égard que selon le Tribunal fédéral, sous l'angle juridique, il n'y a aucune raison de traiter différemment un assuré qui n'est plus en mesure d'accomplir une fonction (partielle) en tant que telle ou ne peut l'exécuter que d'une manière inhabituelle et un assuré qui peut encore accomplir cet acte, mais n'en tire aucune utilité (ATF 117 V 151 consid. 3b). En conséquence, le recourant nécessite une aide régulière et importante pour l'acte « aller aux toilettes ». c. S'agissant de l'acte « se lever, s'asseoir ou se coucher », le recourant a indiqué dans sa réplique que les positions assises étaient inconfortables, et celles couchées très insupportables en raison des douleurs neuropathiques importantes vers le bas du dos (au vu de la tumeur au niveau de la lombaire L2), de la tumeur au niveau du foramen jugulaire droit, et de l'apparition des acouphènes, de sorte qu'il ne parvenait plus à poser sa joue sur un oreiller du côté droit, et ne pouvait garder le cou reposé. Son épouse avait alors posé des coussins et des housses sur les sièges de la cuisine et du salon, sous le matelas, ainsi que des oreillers sur le matelas pour rendre ces positions plus confortables et éviter trop de pression sur le cou et sur la base du crâne. Force est de constater que, quand bien même le recourant souffre lorsqu'il est assis ou couché, il n'existe pas une impossibilité objective à accomplir les actes en question. Par conséquent, c'est à juste que l'intimé n'a pas retenu le besoin d'une aide régulière et importante pour l'acte « se lever, s'asseoir ou se coucher ». d. Il s'ensuit que le recourant a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie. 12. a. L'intimé a admis, à juste titre, que le recourant nécessite en outre un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Aussi le recourant remplit-il les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen. La chambre de céans n'en examinera pas moins si le recourant nécessite une surveillance personnelle permanente. ![/endif]>![if> b. Il ressort du

dossier que le recourant est atteint de paragangliome métastatique d'origine génétique, maladie orpheline et rare d'une extrême complexité contre laquelle il n'existe actuellement pas de thérapie palliative. La maladie est progressive, chronique, et en ce moment, le recourant présente de multiples métastases (à la vertèbre D8 et L2, à la base du crâne au niveau du foramen ovale, autour de la carotide droite, dans la région péricardique, et hépatique). En dépit des traitements (radiothérapie conventionnelle et métabolique), le recourant souffre de diverses douleurs persistantes, soit des céphalées, des cervicalgies, des lombalgies, au niveau du plexus thoracique, ainsi que dans le bras gauche. Depuis l'été 2012, il est confronté à des crises adrénurgiques extrêmement aiguës, se traduisant par des bouffées de chaleur avec vertiges, des sensations de froid, une pâleur dans les extrémités, et des tremblements généralisés, suivis de pic d'oppression thoracique irradiant dans le membre supérieur gauche (rapport du 22 juillet 2012 de la Clinique des Grangettes; rapport du 6 janvier 2013 de la Dresse G_____ ; rapport du 18 mars 2013 du Dr H_____). Quand bien même le recourant gère seul (ou avec l'aide de son épouse lorsqu'elle est à la maison) la morphine, face aux crises intolérables, il a dû se déplacer en urgence, à maintes reprises, à la Clinique des Grangettes les 12 juin, 22 juillet, 29 septembre et 8 décembre 2012, ou il a dû contacter SOS Médecins, qui est intervenu en urgence à son domicile, les 13 juin, 1^{er}, 2, 23, 27, 28 octobre, 3 novembre, 31 décembre 2012, et le 17 janvier 2013, à des heures variées soit le matin, le soir, ou dans la nuit, en vue de l'administration de morphine ou d'autres antidouleurs. Ses crises devenaient ainsi fréquentes (cf. demande d'allocation pour impotent), requérant l'intervention régulière des services médicaux en urgence (cf. rapport du Dr C_____ du 27 mai 2016). Les algies peuvent survenir plusieurs fois par jour (cf. rapport du Dr H_____ du 9 avril 2013), nécessitant jusqu'à vingt injections de morphine au quotidien (cf. acte de recours rédigé par le Dr H_____). Dans ces moments difficiles, le recourant a à peine la force d'appeler à l'aide (cf. demande d'allocation pour impotent) et de parler à son interlocuteur (cf. formulaire « instruction relative à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie » du 13 février 2015). Lors des crises, il reste prostré et n'est pas en mesure d'assurer seul sa thérapie antalgique (cf. rapport du Dr H_____ du 31 mars 2015). Force est de constater que selon l'importance des douleurs, la gestion et l'administration des médicaments antidouleurs du recourant doivent être prises en charge par une aide extérieure, dont il est totalement dépendant en cas de crises adrénurgiques intenses, devenues plus fréquentes depuis le 12 juin 2012. Cette aide n'a pas trait aux actes ordinaires de la vie mais à la surveillance personnelle permanente, qui vise l'assistance relevant de la médecine et des soins. Il suffit que le recourant ait besoin de manière non prévisible et quotidiennement de ladite surveillance – ce qui est le cas en l'occurrence, étant par ailleurs rappelé qu'une telle surveillance ne doit pas s'effectuer vingt-quatre heures sur vingt-quatre –, eu égard à son état de santé, pour qu'elle soit accordée afin d'empêcher qu'il ne se mette en danger. Or, alors que le recourant éprouve des douleurs persistantes quotidiennes (y compris durant la nuit, où il se réveille maintes fois – on rappellera à cet égard que le syndrome d'apnée du sommeil d'intensité modérée a également été diagnostiqué), et manifeste des crises adrénurgiques intolérables pouvant survenir brusquement à n'importe quel moment, et devenues plus fréquentes au vu de la progression de la maladie, laquelle affecte ses organes vitaux (notamment le cœur, le cerveau, le foie), et durant lesquelles il se retrouve prostré et empêché d'assurer ses injections, nier ladite surveillance reviendrait à laisser tomber un assuré dans le besoin d'une manière non conforme à la dignité humaine. En outre, contrairement à ce que prétend l'intimé, le fait que son épouse travaille et qu'il soit seul toute la journée à son domicile n'est pas un obstacle à

l'octroi de la surveillance, puisque c'est précisément parce que le recourant se retrouve au quotidien seul pour gérer sa maladie complexe s'aggravant qu'il a besoin de cette surveillance, en l'absence de laquelle, au vu des symptômes qu'il manifeste tels que vertiges, tremblements généralisés, douleurs irradiant jusqu'au membre supérieur et vers l'épaule, sa vie serait en danger. À cet égard, il n'est pas requis que la mise en danger de la vie soit effective pour accorder la surveillance ; il suffit que le risque soit probable. Il s'ensuit que c'est à tort que l'intimé n'a pas retenu la nécessité d'une telle surveillance.

13. a. L'intimé estime que le besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie exclut la surveillance personnelle permanente. [endif]>![if> b. La loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre (interprétation littérale). Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégageant de tous les éléments à considérer, soit notamment des travaux préparatoires (interprétation historique), du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique) ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales (interprétation systématique; ATF 136 III 283 consid. 2.3.1; 135 II 416 consid. 2.2; 134 I 184 consid. 5.1 et les arrêts cités). Le Tribunal fédéral ne privilégie aucune méthode d'interprétation, mais s'inspire d'un pluralisme pragmatique pour rechercher le sens véritable de la norme; il ne se fonde sur la compréhension littérale du texte que s'il en découle sans ambiguïté une solution matériellement juste (ATF 135 II 243 consid. 4.1; 133 III 175 consid. 3.3.1; 133 V 57 consid. 6.1). c. En vertu de l'art. 37 al. 2 RAI, trois situations alternatives conduisent à admettre une impotence moyenne, soit lorsque l'assuré a besoin (a) d'une aide régulière et importante pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (c'est-à-dire au moins quatre actes [CIIAI, chiffre 8009]) ; (b) d'une aide régulière et importante pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, en plus d'une surveillance personnelle permanente ; ou (c) d'une aide régulière et importante pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, en plus d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. S'il est vrai que cette disposition ne prévoit pas expressément le cumul d'une surveillance personnelle permanente et d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, l'analyse du but poursuivi par ces deux notions permet de conclure qu'en fonction des circonstances d'un cas donné, le cumul peut être possible, et couplé d'une aide pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, un assuré présenterait alors une impotence de degré moyen. En effet, ces deux notions, indépendantes non seulement l'une de l'autre mais aussi par rapport aux six actes ordinaires de la vie, poursuivent un but différent. La première vise à surveiller un assuré afin d'empêcher qu'il ne se mette en danger, et comprend une assistance relevant de la médecine et des soins. Quant à la deuxième – l'accompagnement –, elle a pour objectif d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique (CIIAI, chiffre 8040) ; elle doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux, et par-là la détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. L'accompagnement ne comprend ni l'aide (directe ou indirecte) de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente une aide complémentaire et autonome (ATF 133 V 450 consid. 9). Dans le cadre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie selon l'art. 38 al. 1 let. a RAI, il y a lieu de tenir compte de l'aide directe ou indirecte du tiers. Ainsi, la personne qui accompagne l'assuré peut aussi accomplir elle-même les actes nécessaires lorsque malgré les instructions, la surveillance ou le contrôle, l'assuré n'est pas en mesure de le faire à cause

de son atteinte à la santé (arrêt précité consid. 10.2). Au vu des développements qui précèdent, dans la mesure où des prestations d'aide ont déjà été prises en compte en tant qu'aide directe et indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie, et qu'elles ne sont pas comptabilisées à nouveau lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin d'accompagnement et/ou le besoin de surveillance, lesquels, on le répète, poursuivent des buts distincts, le cumul de ces deux derniers besoins reste possible. d. En l'espèce, il n'est pas contestable que le recourant a besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, puisqu'il passe son temps devant la télévision ou dans les services d'urgence, de sorte qu'il souffre d'isolement et d'une perte des contacts sociaux. De plus, une aide est requise pour la visite chez les médecins ; il ne peut plus conduire et il est empêché en raison de sa grave maladie d'accomplir ses travaux ménagers. Ainsi, l'accompagnement, qui représente in casu un investissement temporel de plus de deux heures par semaine, est non seulement nécessaire pour lui permettre de gérer sa vie quotidienne (notamment les tâches ménagères), mais également pour se rendre à des rendez-vous à l'extérieur ainsi que pour éviter le risque d'isolement durable. En outre, le recourant subit des limitations objectives dans deux actes ordinaires de la vie, soit pour se nourrir, – ce que l'intimé a admis à juste titre puisque le recourant mange uniquement des plats faciles à digérer (purée, compotes), préparés par son épouse – et pour aller aux toilettes. Comme l'aide d'autrui pour se déplacer a été reconnue au titre de l'accompagnement, cet acte ne pouvait en effet pas être pris en considération une seconde fois au travers d'un acte ordinaire de la vie. Cela dit, la nécessité d'une surveillance ne saurait être écartée, puisque cette surveillance est liée à l'administration de médicaments et non pas aux actes ordinaires déjà pris en compte ni d'ailleurs à l'accompagnement (relatif aux tâches ménagères et à l'exclusion de l'isolement social). 14. À la lumière de ce qui précède, le recourant a besoin, d'une part, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie et d'une surveillance personnelle permanente, et d'autre part, d'une aide régulière et importante pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, soit se nourrir et aller aux toilettes. Il peut par conséquent d'autant plus prétendre à une allocation pour impotent de degré moyen. Il convient encore d'examiner à partir de quand.

15. a. En vertu de l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS – RS 831.10) ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit est régie par l'art. 35 al. 1 RAI, qui la fixe au premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées. Le droit à une allocation pour impotent prend naissance en principe à l'expiration du délai d'attente d'une année. Cette règle s'applique par analogie avec l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. CIIAI, chiffre 8092). b. L'art. 48 al. 1 LAI précise par ailleurs que si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA n'est allouée que pour les douze mois précédant la demande. c. En l'espèce, la nécessité d'une surveillance personnelle permanente s'est manifestée dès le 12 juin 2012, date à compter de laquelle le recourant ne parvenait plus à administrer ses injonctions de morphine seul lors des crises très intenses. Le droit à une allocation pour impotent de degré moyen s'est donc ouvert au plus tôt au mois de juin 2013 déjà (et non au mois de décembre 2014, dans la mesure où l'intimé avait uniquement tenu compte de l'accompagnement). Le recourant n'a cependant déposé sa demande que le 25 janvier 2015, soit plus de douze mois après juin 2013. L'allocation pour impotent ne peut donc lui être

versée rétroactivement que depuis le 25 janvier 2014. 16. En conséquence, le recours doit être admis, et la décision du 10 août 2015 être annulée. 17. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1^{er} juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-. 18. En vertu de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal (cf. aussi art. 89H al. 3 LPA). D'après la jurisprudence (ATF 126 V 11 consid. 2), des assurés représentés par un médecin peuvent prétendre à des dépens (ATF 122 V 230 consid. 7 non publié). En l'espèce, le Dr H_____ a uniquement rédigé l'acte de recours du 9 septembre 2015, tenant en une page et demi, et le recourant n'a pas allégué avoir engagé des frais pour la défense de ses intérêts. Une indemnité de procédure de CHF 300.- sera allouée au recourant, à la charge de l'intimé. * * * * * 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.