

GE_GERICHTE A/324/2015 vom 29. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_324_2015

FR: GE_GERICHTE A/324/2015 du 29 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/324/2015 del 29 giugno 2015

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A _____ B _____, représenté par son père M. C _____ B _____, domicilié à Genève, et par la Fédération Suisse pour l'Intégration des Handicapés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT 1. Monsieur A _____ B _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 2008, d'origine ukrainienne, représenté par son père, a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 1^{er} juin 2012, invoquant une atteinte à la santé depuis juillet 2011. 1. Il a indiqué que son fils avait besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir et se coucher ; couper sa nourriture et la porter à la bouche. Il ne savait pas se laver, se coiffer, et se doucher, ni aller aux toilettes ou vérifier sa propreté. Il avait besoin de langes. Il se déplaçait seul dans l'appartement mais avait besoin d'aide à l'extérieur. Les contacts sociaux étaient très problématiques. Il avait en outre besoin d'aide pour des soins médicaux, tels que les changements de pansements. 2. Dans son rapport du 15 août 2012, la doctoresse D _____, médecin au Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a fait état d'un autisme infantile (F 84.0) diagnostiqué en juin 2011. L'assuré était incapable de suivre l'école. Il y avait une infirmité congénitale et des mesures médicales étaient susceptibles d'améliorer les possibilités de réadaptation. L'assuré avait intégré le centre de jour CMP de la Servette. Le pronostic était réservé quant à sa capacité à communiquer et parler. Il avait besoin d'une prise en charge intensive. Il avait bénéficié d'un traitement de psychomotricité et d'une prise en charge à domicile. Un traitement de logopédie était indiqué pour les prochaines années. Une prise en charge éducative de deux heures par semaine à domicile par une psychologue avait été prescrite. 3. Le résumé de bilan psychologique du 2 décembre 2011 du docteur E _____, médecin adjoint auprès de la Consultation multidisciplinaire du psycho-développement des Hôpitaux universitaires de Genève et de Madame F _____, psychologue, joint au rapport, émettait l'hypothèse d'un autisme infantile associé à un retard développemental (F 70 – F 72 suivant les domaines). 3. Dans un rapport du 18 septembre 2012, l'enquêtrice de l'OAI a noté que l'assuré avait besoin d'aide pour s'habiller et se dévêtir. Le temps supplémentaire était de 15 minutes par jour. Il ne participait pas à l'habillage, si ce n'était en tendant les bras lorsqu'il était d'accord. C'était cependant le plus souvent un combat pour lui passer ses vêtements. Il ne les enlevait pas lui-même et était totalement passif. Il se levait seul mais ne savait pas s'asseoir sur une chaise normale, le risque de chute étant trop important. Il s'asseyait avec un peu d'aide sur une chaise en bois évolutive. Le temps supplémentaire était de 15 minutes par jour. Il s'endormait sans trop de problèmes mais il présentait des réveils nocturnes fréquents et des crises de pleurs, pris en compte dans la surveillance. Le temps supplémentaire était de 30

minutes par jour pour manger. Il ne tenait pas encore un couteau, ni sa cuillère. Il était entièrement nourri par un adulte mais parvenait à boire seul. Il ne tenait pas en place pendant le repas, se levait sans cesse, pleurait et passait dans une autre pièce. Il ne mangeait que de la nourriture mixée. Toutes ses dents du haut étaient détruites, certaines avaient été arrachées, apparemment en raison d'une intoxication aux métaux lourds lorsqu'il avait un an. L'aide à la toilette n'était pas encore prise en compte, de même que le coiffage. L'assuré acceptait le bain mais pas le shampoing. Le temps supplémentaire était de 20 minutes par jour pour la fonction aller aux toilettes. L'assuré ne maîtrisait pas du tout ses sphincters et l'apprentissage n'avait pas eu lieu. Pour les déplacements à l'extérieur, il devait être tenu fermement car il était totalement inconscient des dangers. Il n'émettait aucune syllabe et les pleurs étaient son seul moyen de communication. S'agissant de l'aide pour ses soins, des massages spécifiques étaient effectués systématiquement pour le calmer l'après-midi et le soir, et en cas de crise, pour une durée de 20 minutes par jour. Plusieurs crèmes devaient être appliquées quotidiennement en raison d'importantes irritations cutanées. Son régime alimentaire était strict. Toute une série de compléments, d'oligo-éléments et de vitamines lui étaient administrés, ce qui représentait 10 minutes par jour. Le besoin de soins dans cette proportion existait depuis une année. Il avait besoin d'une surveillance personnelle permanente. Il était totalement inconscient des dangers. Le balcon était sécurisé, les objets pointus mis hors de sa portée et la surveillance était permanente à la cuisine. L'assuré subissait de fréquentes crises, de jour comme de nuit. Les crises diurnes étaient souvent liées à la frustration. Les crises nocturnes, survenant plusieurs fois par semaine, étaient extrêmement pénibles et ses parents étaient impuissants à le calmer. Il pouvait hurler des heures, et le voisinage en souffrait. Le temps consacré était de deux heures par jour. Il avait besoin d'une surveillance visuelle de tous les instants et était totalement imprévisible dans ses actions. En conclusion, il avait besoin d'un surcroît d'aide pour deux actes de la vie quotidienne dès 23 mois, 4 actes dès 2 ans et demi et cinq actes dès trois ans. L'enquêtrice considérait qu'il avait droit à une allocation pour impotent de degré léger sans supplément de soins intenses dès septembre 2011, puis une allocation pour impotent de degré moyen sans supplément pour soins intenses dès décembre 2011. Une révision était prévue pour ses six ans. 4. Dans son rapport reçu le 27 septembre 2012, la Dresse D_____ s'est déterminée sur les observations consignées par l'enquêtrice en relevant qu'elles correspondaient à ses constatations. Depuis son précédent rapport, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré. 5. Par deux décisions du 12 novembre 2012, l'OAI, se référant au rapport du 17 septembre 2012 de l'enquêtrice, a alloué à l'assuré une allocation pour impotent de degré léger sans supplément pour soins intenses du 1^{er} septembre au 30 novembre 2011 et une allocation pour impotent de degré moyen sans supplément pour soins intenses dès le 1^{er} décembre 2011. 6. Selon un avis du 3 décembre 2012 du docteur G_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'ensemble des éléments ressortant du rapport du 8 août 2012 étaient caractéristiques d'un trouble envahissant du développement, relevant d'une infirmité congénitale (OIC 405). 7. Le 18 décembre 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il prenait en charge les mesures médicales liées à l'infirmité congénitale. 8. Le 3 mars 2013, l'assuré, par son père, a sollicité une révision de son droit à l'allocation pour impotent en raison d'une aggravation de son état de santé. Il a joint un rapport du 20 mars 2013 du docteur H_____, médecin adjoint au Service de neurologie pédiatrique des HUG, attestant d'une hospitalisation en raison d'un syndrome de Guillain-Barré relativement sévère, avec une faiblesse musculaire

généralisée empêchant l'assuré de retrouver une mobilité normale. Le trouble envahissant du développement ne facilitait pas la récupération de l'autonomie. 9. Dans le questionnaire du 17 avril 2013, le père de l'assuré a indiqué que son fils avait besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie. Depuis l'aggravation liée au syndrome de Guillain-Barré, il avait besoin qu'on lui amène ses repas au lit et qu'on lui porte les aliments à la bouche. Il avait également besoin d'aide pour se déplacer dans l'appartement. Sa capacité à accomplir ou non les autres actes de la vie ne s'était pas modifiée. La surveillance avait dû s'intensifier. Elle était permanente. ![endif]>![if> Dans le formulaire joint, la doctoresse I_____, médecin aux HUG, a fait état d'un syndrome de Guillain-Barré avec tétraparésie à prédominance des membres inférieurs. Un fauteuil roulant adapté pouvait améliorer l'impotence. 10. Dans son rapport du 15 juillet 2013, le Dr H_____ a posé les diagnostics de trouble envahissant du développement (OIC 405) et de syndrome de Guillain-Barré sévère. Les indications sur l'impotence concernant les actes ordinaires de la vie correspondaient à ses constatations. La physiothérapie et l'ergothérapie permettraient d'améliorer l'état de santé de l'assuré, et un fauteuil roulant adapté diminuerait l'impotence.![endif]>![if> Dans le courrier joint à son rapport, le Dr H_____ a qualifié la situation de l'assuré de tout à fait inhabituelle. L'autisme entraînait une autonomie limitée, avec la nécessité d'un encadrement scolaire adapté et d'une aide dans la plupart des activités de la vie quotidienne à domicile. La situation neurologique s'était compliquée d'une maladie de Guillain-Barré, soit une pathologie inflammatoire des nerfs périphériques. L'association de ces atteintes était exceptionnelle et avait compliqué de manière importante la prise en charge au quotidien en raison d'une faiblesse musculaire diffuse rendant initialement impossible tout acte moteur, préhension et déambulation comprises. La situation s'améliorait et une guérison complète pouvait être espérée dans les mois à venir. 11. A la même date, le Dr H_____ a établi un rapport dans lequel il a retenu les diagnostics de syndrome de Guillain-Barré (G 61.0) ; d'autisme infantile (F 84) ; d'élévation d'origine indéterminée des tests hépatiques et neutropénie (origine auto-immune?) ; et de status post-purpura thrombopénique idiopathique. L'assuré présentait une atteinte motrice des quatre membres, une ptose palpébrale bilatérale fluctuante, un strabisme avec une parésie peut-être d'origine internucléaire et une élévation des tests hépatiques ainsi qu'une neutropénie. Il avait présenté quelques mois auparavant un purpura thrombocytopénique aigu. L'assuré avait accompli des progrès assez spectaculaires depuis sa sortie de l'hôpital. Il avait totalement récupéré au niveau de la musculature axiale. La ptose bilatérale avait également disparu, de même que le strabisme, l'expression faciale était également redevenue tout à fait normale. Au niveau des membres supérieurs, les parents ne notaient plus de faiblesse. L'amélioration était également nette au niveau des membres inférieurs, avec désormais de bons mouvements spontanés, un début d'appui sur les jambes, et une marche possible avec soutien. Depuis environ un mois, l'assuré pouvait également se déplacer à quatre pattes, de façon plus assurée depuis une semaine. Il continuait à faire de la physiothérapie de manière irrégulière. Son père mentionnait toujours des douleurs intermittentes aux membres inférieurs, difficiles à systématiser. Les nuits restaient également difficiles. L'évolution de l'assuré était favorable trois mois après l'apparition du syndrome de Guillain-Barré. Il y avait tout lieu d'être optimiste et d'attendre une récupération complète. Les difficultés encore observées pour stabiliser la marche étaient peut-être également dues en partie à une ataxie proprioceptive. ![endif]>![if> 12. Le 26 juillet 2013, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il prenait en charge la location d'un fauteuil roulant manuel du 12 avril au 31 octobre 2013.![endif]>![if> 13. Le 3 septembre

2013, une enquête a été réalisée au domicile de l'assuré pour déterminer son degré d'impotence. L'enquêtrice a indiqué un besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir. La mère de l'assuré l'habillait complètement. Il se laissait habituellement faire. L'aide était également nécessaire pour se dévêtir. Le supplément en temps était de 15 minutes. De mars à août 2013, la nécessité d'une aide était reconnue pour l'acte de se lever. L'assuré n'arrivait plus à se mettre en position debout en raison du syndrome de Guillain-Barré. Ses parents avaient dû le porter partout. Il se déplaçait encore en chaise roulante. Un supplément de 60 minutes était admis. De mars à juin, il ne pouvait pas s'asseoir sans aide. L'aide n'était pas nécessaire pour se coucher. L'assuré dormait depuis toujours dans le lit de ses parents. Il avait des difficultés de sommeil. L'enquêtrice a coché la case « Non » sous « Besoin d'aide pour manger » et « Couper les aliments » en précisant que l'assuré mangeait à nouveau à table depuis juin 2013, mais pas sans aide. Il pouvait tenir des biscuits dans la main et les manger. Il ne savait pas utiliser une fourchette ou une cuillère et ses parents le nourrissaient. Elle a en revanche admis le besoin d'aide pour porter les aliments à la bouche, en relevant qu'il pourrait en principe manger sans aide mais ne le faisait pas. Un supplément de 60 minutes était retenu. Il avait besoin d'un régime sans gluten. L'assuré n'avait pas besoin d'aide pour faire sa toilette, mais un supplément de 30 minutes était admis durant la maladie de Guillain-Barré, soit pour la période de mars à août 2013, car il ne pouvait alors plus bouger du tout et cela prenait beaucoup plus de temps de le laver. L'aide était retenue pour aller aux toilettes et pour se nettoyer après. L'assuré n'était pas propre et portait des couches. Un supplément de 30 minutes était admis. De mars à août 2013, une aide était retenue pour se déplacer dans l'appartement mais le temps supplémentaire n'était pas pris en compte pour le supplément pour soins intenses. L'assistance nécessaire dans ses déplacements à l'extérieur était retenue sous la surveillance personnelle. Il avait besoin d'aide pour entretenir des contacts car il ne communiquait pas. Il s'exprimait uniquement par cris et répétait quelques mots. Il n'avait pas besoin d'une aide permanente pour les soins de base, ni pour suivre un traitement. L'assuré devait en revanche être surveillé de jour comme de nuit. Il n'avait pas la notion du danger, il fallait lui tenir fermement la main à l'extérieur. A la maison, sa mère était toujours à l'écoute, elle ne laissait jamais une fenêtre ouverte ou le balcon sans surveillance. L'assuré faisait des crises en raison de ses frustrations, il ne parvenait pas à se faire comprendre par son entourage. Les crises étaient plus importantes depuis la maladie de Guillain-Barré. Un supplément de 120 minutes était retenu à ce titre. L'assuré n'avait pas pu évoluer comme un enfant du même âge et en bonne santé. Quatre actes de la vie quotidienne étaient touchés, et la surveillance personnelle était permanente. De mars à août 2013, il avait été incapable d'accomplir les actes de la vie quotidienne, sans supplément pour soins intenses. Une allocation pour impotent de degré grave avec un supplément pour soins intenses de plus de 4 heures (5.25) après trois mois d'aggravation, soit à partir de juin 2013, pouvait être octroyée et diminuée à un degré d'impotence moyenne sans supplément pour soins intenses après trois mois d'amélioration, soit dès novembre 2013. 14. Par décision du 22 octobre 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une allocation pour impotent de degré grave du 1^{er} juin au 31 octobre 2013, ainsi qu'un supplément pour soins intenses de plus de 4 heures du 1^{er} juin au 31 octobre 2013. 15. Dans une décision rendue à la même date, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une allocation pour impotent de degré moyen sans supplément pour soins intenses dès le 1^{er} novembre 2013. 16. Le 28 octobre 2013, les ergothérapeutes de l'assuré ont sollicité de l'OAI la prolongation de la location du fauteuil roulant, la faiblesse musculaire de l'assuré persistant. 17. Par

communication du 14 novembre 2013, l'OAI a prolongé la prise en charge de la location du fauteuil roulant du 1^{er} novembre 2013 au 31 mars 2014. 18. Le 12 février 2014, l'assuré, par son père, a sollicité un supplément pour soins intenses de 6 heures par jour. L'autisme dont il était atteint le rendait incapable d'exécuter de manière autonome les activités de la vie quotidienne. Il ne pouvait pas manger avec des couverts; s'asseoir seul sous la douche; se tenir debout pour s'habiller; se vêtir et se dévêtir; faire sa toilette; aller aux toilettes. Ces carences étaient aggravées par les conséquences de sa paralysie, provoquée par le syndrome de Guillain-Barré. Le risque qu'il se blesse ou soit agressif envers autrui était important, car il ne réagissait pas aux injonctions verbales. Le danger était énorme dans la rue en raison du trafic et de l'incompréhension des risques. Sa santé s'était récemment dégradée, ce qui avait augmenté considérablement le niveau d'agitation, perturbé l'endormissement et la fréquence d'auto-agression. Une surveillance pendant la journée était nécessaire. 19. L'assuré a joint à sa demande une lettre de sortie du 18 octobre 2013 du Service de pédiatrie des HUG, où il avait été hospitalisé du 4 au 14 octobre 2013 pour un passage d'immunoglobuline intraveineuse, le diagnostic posé étant celui de purpura thrombopénique idiopathique (PTI) récidivant. Une deuxième lettre de sortie du 10 janvier 2014, établie à la suite d'une hospitalisation du 3 au 4 janvier 2014 dans le même service en raison d'un 3^{ème} épisode de PTI, était également jointe. 19. En date du 24 mars 2014, une nouvelle enquête ménagère a été réalisée afin de déterminer le degré d'impotence de l'assuré, sous forme d'entretien téléphonique avec le père de l'assuré. L'infirmière a admis un besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, représentant un supplément de 30 minutes par jour. Depuis la dernière enquête, l'assuré avait récupéré sa force. Il marchait, se débattait et ses parents avaient plus de mal à l'habiller. Il ne pouvait enfiler ses vêtements sans aide. Dès qu'il était contrarié ou gêné, il pouvait faire une crise longue à calmer. L'habiller était difficile la plupart du temps. Il n'avait pas besoin d'aide pour se lever ou s'asseoir. Le sommeil était difficile, avec parfois des crises en pleine nuit. Ses parents restaient auprès de lui. Ce point était retenu sous surveillance. L'assuré mangeait désormais à table avec ses parents mais avait encore besoin d'aide. Il fallait le nourrir avec une cuillère, même s'il pouvait se saisir de morceaux dans l'assiette. Un supplément de 60 minutes était retenu. Les repas étaient des moments difficiles, car l'assuré faisait des crises en cas de contrariété. Aucune aide n'était retenue pour la toilette. Ses parents le préparaient complètement le matin, et il avait parfois des crises lors de la douche. Il ne supportait pas de se faire laver les cheveux. L'aide était admise pour aller aux toilettes et le supplément en temps fixé à 30 minutes. L'assuré n'était toujours pas propre. Il parvenait à se déplacer seul dans l'appartement. L'assistance durant les déplacements à l'extérieur était retenue dans la surveillance. L'assuré avait également besoin d'aide pour entretenir des contacts. Il avait été hospitalisé cinq fois durant le dernier semestre. L'infirmière a conclu que comme en septembre 2013, l'assuré avait besoin d'une surveillance personnelle permanente. Son père signalait qu'il était plus agité et avait plus de force. Il souffrait de crises avec auto-agression au moins une fois par jour. Néanmoins, dans ces proportions et avant l'âge de 6 ans, une surveillance personnelle permanente de 4 heures ne se justifiait pas. Un supplément de 120 minutes était admis. Au vu des quatre actes de la vie quotidienne touchés par l'impotence, le maintien de l'allocation de degré moyen avec une augmentation du supplément pour soins intenses à plus de 4 heures (260 minutes) était préconisé. 20. Le 6 mai 2014, une nouvelle enquête a été réalisée en présence de la psychologue de l'assuré. L'enquêtrice a relevé que ce dernier pouvait mettre ses vêtements sans aide, mais qu'il prenait beaucoup de temps. De plus, il fallait rectifier le

sens. Il ne savait pas encore fermer les boutons ni remonter une fermeture. Le matin, ses parents l'habillaient par gain de temps. L'habillage pouvait devenir un combat. Il était déshabillé par ses parents. Le temps supplémentaire était de 15 minutes. Il était indépendant pour se lever et s'asseoir. Les réveils fréquents et les crises la nuit étaient prises en compte sous la surveillance permanente. Il fallait encore lui porter les aliments à la bouche, et un supplément de 60 minutes était retenu à ce titre. Aucune aide n'était retenue pour la toilette, bien que l'enquêtrice ait noté que sa mère le lavait complètement et lui brossait les dents. Il avait besoin d'aide pour aller aux toilettes et se nettoyer ensuite, car il n'était pas encore propre. Un supplément de 30 minutes était retenu. Aucune assistance n'était retenue pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, mais elle était admise pour entretenir des contacts. La communication était difficile. Un supplément de 10 minutes était pris en compte pour les consultations à l'hôpital. Le père de l'assuré avait indiqué qu'il s'était rendu au moins une fois par semaine à l'hôpital en 2013. Sans vérification possible, l'enquêtrice proposait un forfait de 10 minutes par jour. Un supplément de 5 minutes était retenu pour les massages prodigués en cas de crise. S'agissant de la surveillance, il était précisé que l'assuré n'avait pas la conscience du danger. Il fallait le tenir pas la main à l'extérieur, car il pourrait traverser la route. Il ne supportait pas la frustration et criait souvent sans raison particulière. Il pouvait également s'automutiler en se frappant le menton, en se mordant les mains, et mordait également la personne qui voulait le contenir. Il ne respectait pas les interdits et ne suivait pas les directives. Pendant les deux visites au domicile, il était souvent sur le balcon. Sa mère l'y laissait seul en faisant des allers et retours du balcon à la cuisine et ne le laissait jamais longtemps sans surveillance. Depuis qu'il avait guéri du syndrome de Guillain-Barré, il faisait plus souvent des crises. Il n'avait désormais plus besoin de chaise roulante. La surveillance correspondait à deux heures par jour. En conclusion, l'enquêtrice proposait de continuer à octroyer une allocation pour impotent de degré moyen, avec un supplément pour soins intenses de 4 heures. 21. Par projet de décision du 28 mars 2014, l'OAI a maintenu le droit de l'assuré à une allocation pour impotent de degré moyen avec un supplément pour soins intensifs dès le 1^{er} février 2014. 22. Le 9 mai 2014, l'assuré, représenté par un mandataire, s'est déterminé sur le projet de décision du 28 mars 2014. Il a relevé que l'enquête sur laquelle se fondait le projet de décision s'était déroulée par téléphone, malgré les complications de santé présentées depuis 2013, et aucun rapport n'avait été requis des différents intervenants médicaux. Concernant l'acte de s'asseoir, l'assuré avait indiqué dans son courrier du 12 février 2014 qu'il ne pouvait se tenir debout pour s'habiller, ni s'asseoir seul sous la douche. Au vu de la divergence entre ces propos et le rapport d'enquête, il y avait lieu de demander des informations complémentaires ou de se rendre à domicile. Concernant le fait de se laver, les parents préparaient complètement l'assuré le matin. Même s'il était recommandé de tenir compte d'une éventuelle aide pour cet acte à partir de six ans seulement, on ne pouvait exclure totalement l'évaluation de ce besoin car l'assuré atteindrait prochainement cet âge et avait un décalage important par rapport aux enfants de 6 ans. S'agissant d'aller aux toilettes, le temps supplémentaire retenu était inchangé par rapport à la précédente enquête. Etant donné que la mesure de ce temps découlait de l'atteinte à la santé en comparaison avec un enfant du même âge en bonne santé, il n'était pas cohérent de ne pas augmenter ce temps supplémentaire avec l'âge, car plus l'enfant était jeune, plus il avait besoin d'aide. Concernant la surveillance personnelle permanente, l'enquêtrice maintenait les deux heures retenues lors de la précédente décision, tout en précisant qu'avant l'âge de six ans, une surveillance personnelle permanente de quatre heures ne se justifiait pas. Or, cette norme temporelle devait être appliquée avec

d'autant plus de souplesse que l'assuré était autiste. Pour la surveillance personnelle, eu égard au fait que les parents de l'assuré se relayaient la nuit auprès de lui et devaient lui tenir la main fermement lors de toute sortie à l'extérieur, cette évaluation était difficilement compréhensible. L'ensemble de ces éléments parlait plutôt pour une surveillance personnelle permanente intense de quatre heures. Si ces quatre heures n'étaient pas admises en raison de l'âge de l'assuré, elles devaient être répercutées comme temps supplémentaire pour les actes de se coucher et de se déplacer à l'extérieur. Le rapport manquait de précision et de motivation quant à la détermination d'un supplément pour soins intenses de quatre heures, un supplément de six heures paraissant mieux correspondre à l'état de l'assuré. Il n'était pas non plus exclu qu'un degré d'impotence grave soit atteint. Il a joint une attestation du 8 avril 2014 de Madame J_____, qui affirmait que l'assuré avait besoin d'une surveillance intense et permanente d'au minimum 6 heures par jour et d'une aide directe et indirecte pour les cinq actes ordinaires de la vie suivants: se vêtir, se dévêtir ; manger ; faire sa toilette ; aller aux toilettes ; se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux. L'autisme avait pour conséquence qu'il se comportait de façon irrationnelle et dangereuse pour son intégrité physique et celle de son entourage proche. Son sommeil était perturbé. Une attestation du 5 avril 2014 de Madame K_____, psychologue FSP, était également annexée. Cette spécialiste disait soutenir la demande de supplément pour soins intenses d'un minimum de six heures par jour. En effet, les nombreux problèmes de l'assuré représentaient une charge très lourde pour sa famille. Le trouble autistique sévère incluait notamment une méconnaissance du danger (fenêtres, balcon, objets tranchants), des troubles sévères du sommeil et des comportements très difficiles (autoagressivité, opposition agressive, cris, comportements inadéquats dans les magasins). L'assuré a également transmis à l'OAI une lettre de sortie du Service de pédiatrie des HUG, où il avait été hospitalisé du 23 au 29 janvier 2014 en raison d'un état fébrile et d'une neutropénie. 23. Par décision du 19 mai 2014, l'OAI a maintenu le droit de l'assuré à l'allocation pour impotent de degré moyen dès le 1^{er} février 2014. Un supplément pour soins intenses était pris en charge dès cette date en cas de séjour à la maison. 24. Le 14 octobre 2014, l'assuré, par son père, a requis la réévaluation de sa situation. Il a fait état d'une PTI depuis février 2012 et d'une épilepsie depuis septembre 2014, et d'un très important risque de blessure ou de comportement agressif. 25. Dans le questionnaire rempli le 22 octobre 2014, l'assuré, par son père, a signalé un besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir. Des problèmes de comportement compliquaient les actions de se lever, s'asseoir et se coucher. Il avait besoin d'aide pour couper les aliments et les porter à sa bouche, pour se laver, se coiffer et se baigner, pour se rhabiller et se nettoyer après être allé aux toilettes, pour se déplacer à l'intérieur de l'appartement et à l'extérieur ainsi que pour nouer des contacts. La surveillance était permanente et les parents devaient administrer des médicaments plusieurs fois par jour. 26. Dans le formulaire du 24 octobre 2014, le Dr H_____ a posé les diagnostics d'autisme, d'épilepsie focale, de status après syndrome de Guillain-Barré et de purpura thrombopénique auto-immun chronique. Les indications sur les empêchements recensés correspondaient à ses constatations. Il a fait état d'une amélioration constatée en 2014 après récupération du syndrome de Guillain-Barré, mais de problèmes hématologiques très importants. La poursuite de l'ergothérapie était préconisée. 27. Le 27 octobre 2014, le Dr H_____ a adressé un rapport à l'OAI. Il a notamment relevé que l'évolution avait été favorable après le syndrome de Guillain-Barré avec une récupération motrice désormais presque complète. Au plan hématologique, des épisodes de thrombocytopénie avaient rendu la situation délicate en raison du risque de chutes et

d'hématomes pendant cette phase de convalescence. 28. Dans son courrier du 5 novembre 2014, le Dr H_____ a notamment indiqué que l'assuré avait été hospitalisé en septembre 2014 pour un état de mal épileptique inaugural avec un foyer postérieur droit. Un traitement avait été débuté et une IRM avait révélé plusieurs lésions, évoquant une sclérose tubéreuse de Bourneville. Les épisodes de thrombocytopénie persistaient. 29. Une infirmière a effectué une nouvelle enquête au domicile de l'assuré le 1^{er} décembre 2014. Depuis le mois de septembre, l'assuré n'avait plus eu de crise d'épilepsie de grand mal. L'assuré avait besoin d'aide pour s'habiller (20 minutes) et pour se déshabiller (10 minutes). Il était indépendant pour se lever, s'asseoir et se coucher. Il avait besoin d'une présence pour s'endormir, ce qui n'était pas inhabituel à son âge. Les réveils durant la nuit étaient pris en compte sous la surveillance permanente. Il fallait encore lui porter les aliments à la bouche et le nourrir, et un supplément de 60 minutes était retenu à ce titre. Un besoin d'aide régulière était retenu pour se laver (10 minutes), se coiffer et se doucher (25 minutes). L'assuré devait également être aidé pour aller aux toilettes (25 minutes) et se nettoyer ensuite (5 minutes). Une aide était de mise pour les déplacements à l'extérieur et entretenir des contacts. L'assuré devait être accompagné, n'avait pas conscience des dangers et pouvait se perdre. Il ne parlait pas et n'avait que peu de contacts visuels. L'accompagnement pour se rendre chez le médecin était pris en compte à raison de 20 minutes. Au total, le temps supplémentaire par jour était de 175 minutes. L'administration de médicaments s'élevait à 5 minutes par jour. Une surveillance à hauteur de deux heures par jour était admise. L'assuré pourrait se mettre en danger, ainsi qu'autrui. Il était cependant assez calme entre les crises. L'appartement n'avait pas dû être vidé des jouets. La surveillance n'était pas particulièrement intense et ne nécessitait pas une intervention à tout moment, bien que les parents suivaient l'assuré dans toutes les pièces et avaient peur qu'il lui arrive quelque chose. En conclusion, l'assuré avait besoin d'aide pour cinq actes de la vie quotidienne. Le supplément pour soins intenses s'élevait à cinq heures par jour, ce qui correspondait à un supplément de plus de quatre heures. L'enquêtrice préconisait le maintien de l'allocation pour impotent de degré moyen et du supplément pour soins intenses de 4 heures. 30. Par communication du 8 décembre 2014, l'OAI a informé l'assuré que son droit à une allocation d'impotent était inchangé. 31. Interpellé par l'OAI sur le point de savoir si l'épilepsie pouvait être prise en charge à titre d'infirmité congénitale, un médecin du SMR a sollicité la production de plusieurs rapports, dont les résultats de l'examen génétique, dans son avis du 9 décembre 2014. 32. Par courriel du 11 décembre 2014, l'assuré, par son père, a relevé que la demande de révision était justifiée par de nouveaux éléments tels que l'épilepsie, qui influaient sur son autonomie dans tous les actes de la vie quotidienne. Il a affirmé que l'infirmière venue à leur domicile avait admis qu'il avait en permanence besoin d'une présence à ses côtés. 33. Le 15 décembre 2014, l'assuré, par son père, a contesté les indications de l'enquêtrice. La durée de l'aide pour les repas était sérieusement sous-estimée et correspondait à ce qui était nécessaire en juin 2010. De plus, les pièces de l'appartement avaient été vidées. L'assuré souffrait de crises douloureuses quotidiennes, durant lesquelles le risque de comportement dangereux était très élevé. La moyenne des crises n'était pas spécifiée dans le questionnaire. La surveillance parentale était permanente en raison de l'épilepsie et des risques d'hémorragie interne. Il n'y avait pas d'informations sur les nuits sans sommeil (soit deux fois par semaine en moyenne). 34. Par décision du 18 décembre 2014, l'OAI a confirmé la teneur de son projet. 35. Par écriture du 30 janvier 2015, l'assuré, représenté par un mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à

l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen avec un supplément pour soins intenses de 6 heures au moins dès le 1^{er} septembre 2014. L'intimé avait rendu sa décision sans attendre l'avis du SMR, qui avait pourtant réclamé de nouveaux rapports médicaux. Il était allégué que le recourant s'était récemment enfui durant un très rare moment d'inattention de ses parents et s'était engagé seul dans la rue. Selon la jurisprudence, la surveillance était particulièrement intense lorsque l'enfant ne pouvait être laissé seul cinq minutes. La pratique administrative donnait à titre d'exemple de surveillance particulièrement intense le cas d'un enfant autiste. Le recourant nécessitait l'aide constante d'une tierce personne dans la quasi-totalité des actes de la vie quotidienne. Le besoin de surveillance de jour comme de nuit avait également été relevé dans les enquêtes du 24 mars 2014 et du 8 mai 2014, mais paraissait avoir été refusé uniquement au vu de l'âge de l'enfant, qui n'avait alors pas atteint ses six ans. La dernière enquête ne tenait pas compte du fait que cet âge avait été atteint et négligeait également la dégradation de l'état de santé du recourant et l'impact de l'épilepsie et des problèmes neurologiques depuis septembre 2014. En tant qu'elle affirmait qu'il n'était pas inhabituel pour un enfant de six ans d'avoir besoin d'une présence pour s'endormir, l'enquêtrice ne tenait pas compte du fait que le recourant avait en réalité besoin de la présence de ses parents durant toute la nuit, compte tenu de la fréquence de ses réveils, des crises qu'il pouvait alors faire et des longues heures souvent nécessaires pour qu'il se rendorme. Ces problèmes d'endormissement et de réveils nocturnes s'étaient aggravés, le recourant faisant désormais des nuits quasiment blanches qui contraignaient ses parents à le prendre avec eux dans leur lit, ce qui n'était pas le cas au moment des deux premières enquêtes de 2014. Il était également inexact d'affirmer que le recourant était calme entre les crises et n'avait pas d'épisode épileptique tous les jours. Ses parents assistaient en effet plusieurs fois par jour aux crises dont il souffrait. De plus, les crises d'épilepsie n'étaient pas prévisibles, et la présence de l'un des parents était vitale en tout temps afin qu'il puisse intervenir immédiatement en cas de crise. La quiétude du recourant entre les crises était en outre toute relative. Il pouvait en effet se mettre en danger, s'automutiler et mettre en danger les autres. Par ailleurs, les parents affirmaient en effet avoir vidé les chambres de tout jouet. Ainsi, depuis septembre 2014, la situation s'était notablement aggravée. Le recourant a joint un rapport du 15 janvier 2015 du Dr H_____, signalant notamment la survenue d'une convulsion au mois de septembre 2014 (état de mal inaugural) avec un foyer occipital droit, et revenant sur les différents troubles du recourant.

36. Dans sa réponse du 2 mars 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a souligné que les demandes du SMR concernaient une autre prestation. En l'espèce, l'enquêtrice, infirmière, était qualifiée et avait pris connaissance de la situation du recourant, de ses empêchements et de son handicap. Son rapport devait ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les éléments soulevés par le recourant ne permettaient pas de parvenir à une autre appréciation.

37. Par réplique du 13 avril 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que l'intimé ne s'était pas du tout déterminé sur ses arguments. Il a allégué que même une enquêtrice qualifiée était susceptible de sous-estimer ou négliger certains points, et il était arbitraire de refuser d'examiner le fond d'un rapport au motif qu'il serait irréprochable quant à la forme. Selon la jurisprudence, lorsque l'avis d'un médecin auquel on pouvait reconnaître une force probante laissait subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant. Par analogie, les éléments avancés par le recourant à l'appui de son recours suscitaient des doutes sur la justesse des conclusions de l'enquête. En particulier, le rapport du 15 janvier 2015 du

Dr H_____ attestait de la dégradation de l'état de santé du recourant. Il était incompréhensible que l'intimé n'ait pas fait de lien entre les investigations relatives à la prise en charge de l'épilepsie et celles nécessaires à la réévaluation du droit à l'allocation pour impotent. 38. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 14 avril 2015. 39. Sur ce, la cause a été 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).!endif]>!if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.!endif]>!if> 3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).!endif]>!if> 4. Le litige porte sur l'ampleur du supplément pour soins intensifs accordé au recourant.!endif]>!if> 5. 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.!endif]>!if> Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42 bis est réservé (al. 1^{er}). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). 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. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42 bis al. 5 est réservé (al. 3). Aux termes de l'art. 42 bis al. 4 LAI, les mineurs n'ont droit à l'allocation pour impotent que pour les jours qu'ils ne passent pas dans un home ou, en dérogation à l'art. 67, al. 2, LPGA, pour les jours qu'ils ne passent pas dans un établissement hospitalier aux frais de l'assurance sociale. 6. L'art. 37 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) précise que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (al. 1^{er}). Aux termes de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a), d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b), ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (let. c). Selon l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a), d'une surveillance personnelle permanente (let. b), de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c), de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut

entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d), ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (al. 3). L'art. 37 al. 4 RAI dispose que dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. [endif]>[if> Selon la jurisprudence, les six actes ordinaires suivants sont déterminants pour définir le degré d'impotence: se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette (soins du corps); aller aux toilettes; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts (ATF 121 V 88 consid. 3a). Quant à la notion de soins ou de surveillance, elle est interprétée 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 l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/02 du 30 septembre 2002 consid. 3). 7. En vertu de l'art. 42 ter al. 3 LAI, l'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses est augmentée d'un supplément pour soins intenses; celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home. Le montant mensuel de ce supplément s'élève à 60 % du montant maximum de la rente vieillesse au sens de l'art. 34, al. 3 et 5, LAVS, lorsque le besoin de soins découlant de l'invalidité est de 8 heures par jour au moins, à 40 % de ce montant maximum, lorsque le besoin est de 6 heures par jour au moins, et à 20 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 4 heures par jour au moins. Le supplément est calculé par jour. Le Conseil fédéral règle les modalités. [endif]>[if> Il est précisé à l'art. 39 RAI que chez les mineurs, sont réputés soins intenses au sens de l'art. 42 ter, al. 3, LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée (al. 1). N'est pris en considération dans le cadre des soins intenses, que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. N'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques (al. 2). Lorsque qu'un mineur, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin en plus d'une surveillance permanente, celle-ci correspond à un surcroît d'aide de deux heures. Une surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé est équivalente à quatre heures (al. 3). La surveillance visée à l'art. 39 al. 3 RAI ne se confond ni avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie ni avec le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base, mais constitue une surveillance 24 heures sur 24, nécessitée par l'invalidité soit pour une raison médicale (par exemple de risques de crises d'épilepsie) soit en raison d'un handicap mental particulier ou en cas d'autisme (arrêt du Tribunal fédéral 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 6.2). Le point de savoir si l'impotent mineur a droit au supplément pour soins intenses repose sur une appréciation temporelle de la situation dans laquelle il convient d'évaluer le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base par rapport au temps ordinairement consacré auxdits traitements et soins pour un mineur du même âge en bonne santé (SVR 2014 IV n°14 consid. 8.2). Bien que ni la loi ni le règlement sur l'assurance-invalidité ne fassent expressément référence à l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS - RS 832.112.31), les soins de base évoqués à l'art. 39 al. 2 RAI sont ceux figurant à l'art. 7 al. 2 let. c de cette ordonnance. Ils consistent notamment en "bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau

consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir ainsi qu'à s'alimenter" (art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS). Si les soins de base recourent partiellement les actes ordinaires de la vie, les premiers ne sauraient en aucun cas être assimilés aux seconds (arrêt du Tribunal fédéral 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.3 et 4.3). 8. Le Conseil fédéral a souligné au sujet de l'art. 39 al. 3 RAI que lorsque l'enfant nécessite non seulement un soutien infirmier pendant certaines heures par jour, mais aussi une surveillance 24 heures sur 24 à cause de son invalidité, soit pour des raisons médicales (par exemple risque de crises d'épilepsie), soit en raison d'un handicap mental spécifique ou en cas d'autisme, cette situation extrêmement pénible pour les parents doit être prise en compte pour le calcul du supplément pour soins intenses. Il a proposé d'assimiler le besoin de surveillance «ordinaire» (tel qu'il est défini pour le droit à une allocation en cas d'impotence légère) à deux heures de soins. Lorsque la surveillance est particulièrement intense (comme en cas d'autisme grave, lorsque l'enfant ne peut même pas être laissé seul cinq minutes et que les parents doivent intervenir en permanence), le besoin de surveillance doit être assimilé à quatre heures de soins. La distinction entre besoin de surveillance ordinaire et besoin de surveillance particulièrement intense devait être mieux précisée au niveau des circulaires (Commentaire des modifications du RAI du 21 mai 2003 in Pratique VSI 2003 p. 336). [endif]>![if> La Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) publiée par l'OFAS, dans sa version valable dès le 1^{er} janvier 2014, précise au chiffre 8079 qu'il y a surveillance permanente particulièrement intense lorsqu'on exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante. Elle donne pour exemple le cas d'un enfant autiste, rencontrant des problèmes considérables pour percevoir son environnement et communiquer avec lui. Cela se manifeste dans sa manière de traiter les objets dans la vie quotidienne (vider des récipients, lancer des objets, endommager des meubles, etc.). L'enfant ne reconnaît pas non plus les dangers; il peut par exemple vouloir à l'improviste passer par la fenêtre. Il n'est pas toujours capable de réagir de manière adéquate aux injonctions ou avertissements verbaux. Dans certaines situations, il peut vouloir se faire du mal à lui-même ou avoir un comportement agressif envers des inconnus. La personne chargée de l'assistance doit donc rester très attentive, se tenir en permanence à proximité immédiate de l'enfant et être à tout moment prête à intervenir. La condition de surveillance particulièrement intense n'est pas réalisée du seul fait que l'enfant nécessite une surveillance de quelques heures par jour. Il faut encore que cette surveillance exige de la personne chargée de l'assistance une attention supérieure à la moyenne et une disponibilité constante comme elle est requise, par exemple, par un enfant autiste qui a des problèmes considérables pour percevoir son environnement et communiquer avec lui (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Fribourg 2011, n. 2370 p. 634). A l'exception des cas d'autisme ou de fréquentes crises d'épilepsie, la notion de surveillance personnelle n'est en règle générale admise que dès l'âge de 6 ans, dès lors que des enfants en bonne santé doivent également être surveillés jusqu'à cet âge (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 67/05 du 6 octobre 2005 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a cependant précisé que le seul diagnostic d'autisme, qui couvre un large spectre, ne suffisait pas à admettre un cas de surveillance particulièrement intense (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 49/07 du 10 janvier 2008 consid. 5.2). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'un enfant qui n'a plus eu de crises d'épilepsie mais qui doit continuer à prendre des médicaments, et qui peut par exemple se rendre seule sur la place de jeu du quartier, n'a pas besoin d'une

surveillance particulièrement intensive (arrêt du Tribunal fédéral I 386/06 du 1^{er} mars 2007 consid. 6.2). Pour une fillette de neuf ans atteinte d'autisme, le Tribunal fédéral a rappelé que les mesures qui incombent aux parents en vertu de l'obligation de diminuer le dommage (apposer des sécurités aux fenêtres, mettre en sécurité les objets dangereux, verrouiller la porte de l'appartement etc.) permettent d'éviter de graves incidents, mais que les risques liés à l'incapacité d'identifier le danger subsistent. En l'espèce, l'institutrice interrogée avait confirmé que lorsque l'assurée échappait à son attention, elle mettait en désordre la salle de classe, jetait des papiers et des objets. Elle devait de plus être tenue par la main à l'extérieur. Il fallait la surveiller pour éviter qu'elle ne s'enfuit, qu'elle ne se blesse ou endommage les biens de tiers. Il s'agissait là d'un comportement justifiant le besoin d'une surveillance particulièrement intense à hauteur de 4 heures par jour (arrêt du Tribunal fédéral 9C_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2.2.2 et 8.2.2.3). Il a également admis le caractère particulièrement intense de la surveillance pour une petite fille autiste, grimpant partout ou cherchant à s'enfuir, imprévisible, encline aux crises de colère lors desquelles elle jetait des objets autour d'elle, et ayant besoin d'être toujours tenue par la main à l'extérieur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 49/07 du 10 janvier 2008 consid. 6.1). S'agissant d'un enfant présentant un retard général dans son développement, le Tribunal fédéral a relevé que le rapport d'enquête révélait qu'il avait été obéissant durant les deux heures d'entretien, donnait suite à des injonctions et jouait tranquillement avec ses frères et sœurs sans perturber la conversation des adultes, ce qui justifiait de ne pas tenir compte d'une surveillance particulièrement intense (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 67/05 du 6 octobre 2005 consid. 4.2). Il a confirmé que le besoin de surveillance était particulièrement intense dans le cas d'un assuré atteint de déficience mentale et intellectuelle, d'épilepsie congénitale et d'infirmité motrice cérébrale ataxique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 630/05 du 24 mai 2006 consid. 2.2).

9. En règle générale, le degré d'impotence d'un assuré est déterminé par une enquête à son domicile. Cette enquête doit être élaborée par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place (arrêt du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2).

10. A l'instar de ce qui vaut pour toutes les prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, si l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite, le supplément pour soins intenses peut être révisé en application de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si la modification mentionnée s'est produite doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision, aussi de révision, entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves conformes au droit, et ceux qui existaient à l'époque de la décision litigieuse.

Le Tribunal fédéral a relevé que l'accession à l'âge de la majorité ne doit pas être considérée comme la survenance d'un nouveau cas d'assurance, si bien que le droit à une allocation pour impotent mineur ne peut pas être examiné librement et complètement à la majorité, mais uniquement sous l'angle d'une révision (ATF 137 V 424 consid. 3). Dans un arrêt portant sur le degré d'impotence d'une fillette, le Tribunal fédéral a relevé que

l'enquête réalisée lors de ses 4 ans avait souligné que certains points ne pouvaient être retenus que dès l'âge de 6 ans. Il était ainsi sans pertinence que son besoin de surveillance ne se soit pas notablement modifié depuis la première décision d'octroi de l'allocation, et la question de l'accroissement du besoin de surveillance dès les six ans de l'assurée devait ainsi être librement examinée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_666/2013 du 25 février 2014 consid. 6).

E. 11

En l'espèce, au vu de ce qui précède, le besoin de surveillance du recourant dès octobre 2014, mois au cours duquel il a déposé une nouvelle demande et a atteint l'âge de six ans, doit ainsi faire l'objet d'une analyse complète.

E. 12

S'agissant tout d'abord de l'aide dont le recourant a besoin pour accomplir les actes ordinaires de la vie, la Cour de céans relève ce qui suit. Le recourant ne remet pas expressément en cause les empêchements constatés dans les actes ordinaires de la vie, hormis s'agissant de l'acte de manger. L'enquêtrice a admis le besoin d'aide pour cet acte. Elle a retenu un supplément en temps de 60 minutes, les aliments devant être portés à la bouche du recourant. Cela correspond à un supplément en temps de 20 minutes par repas si l'on tient compte de trois repas principaux par jour, ce qui paraît adéquat eu égard à la nature de l'aide apportée au recourant. Le supplément en temps pris en considération pour cet acte est d'ailleurs doublé par rapport aux 30 minutes admises en septembre 2012 lors de la première enquête. Le recourant n'indique d'ailleurs pas en quoi le besoin d'aide du recourant se serait accru depuis. La comparaison entre les enquêtes sur ce point révèle que la situation pour cette activité n'a guère évolué depuis la première enquête, hormis l'aggravation transitoire liée au syndrome de Guillain-Barré. Ce point ne prête ainsi pas flanc à la critique. En revanche, la Cour de céans ne peut se rallier à la conclusion de l'enquêtrice s'agissant du besoin de surveillance. Sur ce point, son rapport n'est pas convaincant. En premier lieu, il faut souligner que le recourant est atteint d'une forme sévère d'autisme, comme cela ressort notamment du rapport du 15 août 2012 de la Dresse D_____, qui émettait notamment des réserves quant à sa faculté future à parler. Les crises, accompagnées d'auto-mutilation, rapportées dans toutes les enquêtes réalisées au domicile du recourant confirment également la gravité de l'atteinte. A six ans, le recourant ne parle pas et même les contacts visuels sont peu fréquents. Par ailleurs, à cette atteinte s'est récemment associée une épilepsie. Il semble certes que seule une crise de grand mal ait eu lieu depuis septembre 2014. Cela ne signifie pas pour autant que cette maladie soit jugulée, et la possible survenance de nouvelles crises exige une surveillance plus attentive que chez un enfant qui n'en est pas atteint. Le recourant présente ainsi les deux pathologies qui justifient selon les exemples donnés par le Conseil fédéral une surveillance particulièrement intense, soit l'autisme et l'épilepsie. De plus, à la lecture du rapport du 27 octobre 2014 du Dr H_____, il apparaît que les conséquences d'éventuelles chutes sont plus importantes chez le recourant, en raison des épisodes récurrents de thrombocytopénie dont il souffre. Cet élément rend également nécessaire une surveillance plus soutenue. Les conclusions de l'enquêtrice sur l'intensité de la surveillance contrastent d'ailleurs avec les éléments qu'elle relève. En premier lieu, elle relativise la surveillance durant la nuit, pourtant liée aux difficultés de sommeil maintes fois relatées, notamment par la psychologue du recourant en avril 2014, et en raison desquelles le recourant dort avec ses parents. L'infirmière a de plus soutenu que les parents suivaient le recourant dans les pièces et avaient peur qu'il lui arrive

quelque chose, tout en paraissant minimiser le besoin d'une intervention. Elle admet pourtant que le recourant n'a pas conscience des risques – ce que confirment d'ailleurs sa récente fugue et le fait qu'il doit être fermement tenu par la main à l'extérieur du domicile. En outre, dans les précédentes enquêtes, il avait été noté que le balcon était sécurisé et les objets potentiellement dangereux mis hors de portée du recourant, et que ce dernier avait besoin d'une surveillance visuelle de tous les instants et était totalement imprévisible dans ses actions (enquête du 18 septembre 2012), et que le recourant devait être surveillé en permanence et qu'il était impossible de laisser une fenêtre ouverte ou le balcon sans surveillance (enquête du 3 septembre 2013). Enfin, le rapport du 6 mai 2014 précisait que la mère du recourant ne le laissait jamais longtemps sans surveillance lorsqu'il se trouvait sur le balcon et qu'il fallait le tenir à l'extérieur, qu'il ne respectait pas les interdits et ne suivait pas les directives. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il est incontestable que la surveillance du recourant revêt un caractère particulièrement intense, équivalente à quatre heures par jour. Ajoutée au supplément en temps retenu dans l'enquête du 1^{er} décembre 2014, qui représente 175 minutes, le besoin est de 6.9 heures par jour dès le 1^{er} octobre 2014.

E. 13

Bien fondé, le recours sera admis et la décision litigieuse réformée en ce sens qu'il sera dit que le recourant a droit à une allocation pour impotent de degré moyen, avec un supplément pour soins intensifs de 6 heures dès le 1^{er} octobre 2014. Le recourant a droit à des dépens qu'il convient de fixer à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé, qui succombe, supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

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