

# GE\_GERICHTE A/3398/2017 vom 12. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3398\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3398_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/3398/2017 du 12 juin 2018

IT: GE\_GERICHTE A/3398/2017 del 12 giugno 2018

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Carouge, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1957, esthéticienne de formation, a travaillé en dernier lieu à plein temps comme employée de bureau chez B\_\_\_\_\_ SA (d'où elle a été licenciée avec effet au 31 mars 2013). L'assurée, divorcée, a deux filles, C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Elle vit avec cette dernière, née le \_\_\_\_\_ 1991. 2. L'assurée, qui souffre d'une atteinte cardiovasculaire (syndrome de Leriche et cardiopathie ischémique), a été opérée à l'Hôpital cantonal de Bâle-Campagne en août 2012 où elle a subi notamment un pontage veineux fémoro-tibial gauche (cf. rapport du 17 septembre 2012). 3. Le 14 septembre 2012, l'assurée a été transférée dans le service de médecine interne de réhabilitation et de gériatrie des Hôpitaux universitaires de Genève. Dans son rapport du 1er novembre 2012, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin chef de clinique, a posé à titre de diagnostic principal une artériopathie périphérique avec occlusion subtotale le 17 août 2012 de la bifurcation des iliaques communes et mise en place de prothèse en Y aorto-iliaque gauche et aorto-fémorale droite. 4. Depuis cette date-ci, l'assurée présente une incapacité de travail totale. 5. Le 30 janvier 2013, cette dernière a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). 6. Les 4 juin et 2 octobre 2013, l'assurée a subi deux nouvelles opérations (pontage veineux fémoro-crural droit) à l'Hôpital cantonal de Bâle-Campagne (cf. rapport du 11 octobre 2013). 7. Dans son rapport du 21 février 2014, la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie/médecine interne générale et médecin traitant, a noté que, depuis le 4 novembre 2013, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, suite à une insuffisance artérielle subaiguë du membre inférieur gauche, avec trois ulcères, ne permettant pas une revascularisation chirurgicale suffisante. Le pronostic était mauvais avec un risque très élevé d'amputation. L'incapacité de travail était totale dans toute activité. 8. Par avis du 23 mars 2014, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité depuis le 17 août 2012. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : difficulté de la marche, œdème du membre inférieur, ulcères au niveau du membre inférieur gauche, douleurs. 9. En juin 2014, l'assurée a été amputée de la jambe inférieure gauche (cf. rapport de l'Hôpital cantonal de Bâle-Campagne du 12 mars 2015 ; rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 20 mars 2015). 10. Par décision du 9 octobre 2014, l'OAI a repris la teneur de son projet de décision du 7 mai 2014 et mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1

er août 2013. 11. Le 19 janvier 2015, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent. Elle a mentionné qu'elle avait besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie, ainsi qu'une aide directe ou indirecte de la part d'un tiers pour se baigner/se doucher et pour se déplacer.

12. Le 4 mars 2015, l'OAI a pris en charge les coûts d'une prothèse tibiale complète.

13. Mandatée par l'OAI, le 9 juin 2015, Madame G\_\_\_\_\_ a effectué une enquête à domicile chez l'assurée afin de déterminer le degré d'impotence. Dans son rapport du lendemain, l'enquêtrice a indiqué que l'assurée, qui présentait une insuffisance artérielle sévère des membres inférieurs et avait subi une amputation sous-géniculé en juin 2014, vivait avec sa fille majeure au troisième étage d'un immeuble sans ascenseur. L'assurée était autonome pour accomplir les actes ordinaires de la vie, y compris pour l'acte se baigner/se doucher depuis l'installation d'une planche de bain. Elle se déplaçait à l'aide de deux cannes dans l'appartement. Le déplacement à l'extérieur était traité sous la rubrique « accompagnement durable ». En raison de son amputation et de son atteinte aux jambes, l'assurée ne pouvait plus exécuter les tâches ménagères et les courses depuis août 2012. L'aide apportée par la fille, qui se portait à environ deux heures par jour, était prise en compte, mais il n'était pas exigible que celle-ci prenne à sa charge 100% des tâches ménagères effectuées par la mère avant 2012. Cette dernière ne pourrait pas vivre de manière indépendante sans l'aide apportée au quotidien par sa fille, et en l'absence de celle-ci, par des amis. Pour tous les déplacements à l'extérieur (rendez-vous médicaux, visites, coiffeur, sorties de loisirs), l'assurée, accompagnée, se déplaçait à l'aide de ses cannes, avec difficultés. L'appartement, situé au troisième étage, représentait un effort considérable pour sortir et remonter. S'agissant de la gestion de l'administration (compréhension des courriers officiels, paiement et tri des factures), l'assurée était aidée par une assistante sociale environ une fois par mois. Elle n'avait pas besoin d'une surveillance personnelle et disposait des moyens auxiliaires suivants : prothèse, cannes, planche de bain, lit surélevé. En vue d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie à partir d'août 2012, l'enquêtrice a recommandé l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible dès janvier 2014, soit une année avant le dépôt de la demande.

14. Le 28 juillet 2015, l'OAI a pris en charge les coûts de renouvellement de l'emboîture d'une prothèse tibiale.

15. Par décision du 3 août 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible d'un montant de CHF 468.- à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, augmentée à CHF 470.- dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

16. Le 27 octobre 2015, l'assurée a demandé à pouvoir bénéficier d'un fauteuil roulant. Elle a annexé le courrier du 15 octobre 2015 de son médecin traitant, aux termes duquel la prothèse permettait à l'assurée d'assurer les courts trajets, mais celle-ci restait limitée dans les longs trajets.

17. Le même jour, l'assurée a également déposé une demande de contribution d'assistance. Dans le questionnaire du 11 novembre 2015, elle a indiqué qu'elle avait besoin d'une aide pour plusieurs actes de la vie, notamment pendant la nuit pour aller aux toilettes ou en cas de chute selon ses douleurs.

18. Par communication du 16 novembre 2015, l'OAI a pris en charge les frais de remise en prêt d'un fauteuil roulant manuel.

19. Dans son rapport du 20 janvier 2016, la Dresse F\_\_\_\_\_ a noté que l'assurée, qui avait subi une amputation au niveau tibial de sa jambe gauche, ne pouvait se déplacer de manière autonome qu'à l'aide de sa prothèse et de ses cannes. L'adaptation de cette prothèse se faisait très difficilement, la mobilité et l'autonomie de l'assurée restaient encore difficiles et réduites. Le risque de chute était encore présent. Pendant la nuit, elle avait besoin de la présence d'une personne lorsque sa

filles était absente, car elle se levait régulièrement pour se rendre aux toilettes ou pour boire.!

20. Dans une note de travail du 21 janvier 2016, faisant suite à une visite à domicile, l'enquêtrice a relevé que, lors de la détermination du besoin d'assistance, l'assurée dépassait le plafond de plusieurs heures. S'agissant des prestations de nuit, elle avait fourni un certificat médical attestant le besoin d'un assistant entre 22h et 6h, en cas de chute ou autre. Un besoin d'assistance de degré 3 était admis pour la nuit, pour aller aux toilettes. Ces prestations seraient utilisées lorsque sa fille s'absente. L'assurée ne devrait pas demander des prestations de nuit pour toutes les nuits dans le mois. Elle avait déjà trouvé un ami qui l'aidait régulièrement pour les tâches domestiques et elle souhaitait le rémunérer. Aucun contrat de travail n'avait été signé et aucune charge sociale versée. Par conséquent, il n'était pas possible de rembourser les salaires d'assistant rétroactifs avant janvier 2016.

21. Par projet de décision du 22 janvier 2016, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi d'une contribution d'assistance dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015, pour les heures effectivement fournies, correspondant à une moyenne mensuelle de CHF 2'514.40, respectivement annuelle maximale de CHF 27'658.40. Le remboursement ne pourrait intervenir qu'à réception d'une copie du contrat de travail avec l'assistant et d'une preuve de l'affiliation de l'assurée en tant qu'employeur auprès de la caisse de compensation.

La contribution d'assistance était calculée au moyen d'un instrument d'enquête standardisé (FAKT), joint au projet. S'agissant en particulier des prestations de nuit, il a été relevé que l'assurée devait se rendre aux toilettes, au moins une fois par nuit, ce qui était attesté médicalement. Le résumé du calcul était détaillé comme suit : CHF 845.85 par mois, correspondant au standard de qualification (25,71 unités par mois × CHF 32.90), plus CHF 1'668.55 par mois, correspondant au forfait par nuit (30,42 unités par mois × CHF 54.85), soit un total de CHF 2'514.40 par mois et CHF 27'658.40 sur onze mois. Dans le cas de l'assurée, le besoin d'assistance annuel devait être calculé sur onze mois, car elle vivait avec des proches majeurs qui ne touchaient pas eux-mêmes une allocation d'impotence.

22. Par courrier du 4 février 2016, l'assurée a contesté le projet de décision. Le temps compté par l'OAI pour l'aide apportée durant la journée ne correspondait pas à la réalité de ses besoins. Elle a joint un certificat établi par la Dresse F\_\_\_\_\_ le 2 février 2016, aux termes duquel l'assurée présentait une insuffisance sévère des membres inférieurs. Pour éviter une aggravation de son état, il était impératif qu'elle marche régulièrement. La marche régulière était en effet importante pour sa rééducation et son adaptation à la prothèse.

23. Par décision du 18 mars 2016, l'OAI a confirmé le projet de décision. La contribution d'assistance était évaluée à 25,71h par mois, après déduction des heures traduites pour l'allocation pour impotent. Selon l'instrument d'enquête standardisé (FAKT), les besoins d'assistance étaient de 46,64 heures/mois. Le plafond accordé selon les circulaires étant dépassé, l'OAI ne pouvait pas admettre un besoin supérieur à celui accordé dans le projet de décision.

24. Saisie d'un recours de l'assurée contre cette décision – laquelle ne remettait pas en cause le calcul du forfait de nuit –, la chambre de céans l'a rejeté, par arrêt du 30 novembre 2016 ( ATAS/1000/2016 ). Elle a reconnu pleine valeur probante au rapport d'enquête FAKT et constaté que le calcul effectué par l'intimé, hors prestations de nuit, ne prêtait pas le flanc à la critique.

25. Le 14 février 2017, l'OAI a pris en charge le renouvellement de la prothèse tibiale.

26. Le même jour, l'assurée a transmis à l'OAI deux contrats de travail datés des 1<sup>er</sup> octobre 2015 et 1<sup>er</sup> septembre 2016, conclus avec Monsieur H\_\_\_\_\_, engagé en tant qu'assistant, soutien et chauffeur, ainsi que l'attestation du 15 février 2017, établie par Chèque Service, confirmant l'affiliation de l'assurée en qualité d'employeur depuis le 1<sup>er</sup>

octobre 2015. ![/endif]>[/if> 27. Dans un questionnaire AI, intitulé « Révision de l'allocation pour impotent » du 2 mars 2017, l'assurée a signalé que son état de santé s'était aggravé depuis août 2017 (sic). Elle souffrait davantage en raison des problèmes de hanches et de tendinites. Parfois, elle ne pouvait pas porter la prothèse et se retrouvait sans mobilité. Elle ne pouvait même pas aller chercher du pain seule dans une boulangerie. Elle avait besoin d'une aide pour se lever/s'asseoir/se coucher, pour les soins du corps, pour se déplacer, pour entretenir des contacts sociaux, ainsi qu'un soutien permanent la nuit et au moins cinq heures par jour. ![/endif]>[/if> 28. À son rapport du 15 mars 2017, la Dresse F\_\_\_\_\_ a joint celui du 8 mars 2017 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en angiologie, lequel a relevé une occlusion de l'artère poplitée et des artères jambières à droite entraînant une aggravation des pressions artérielles, avec des valeurs au gros orteil au seuil de l'ischémie critique. ![/endif]>[/if> Afin d'éviter une nouvelle amputation, la praticienne recommandait que sa patiente accentue sa mobilité au quotidien par la marche au minimum deux à trois heures à l'extérieur. Elle devait être accompagnée dans ses déplacements, toute chute avec blessure pouvant entraîner le risque de non-cicatrisation, ce qui pouvait causer une gangrène et une nouvelle amputation. L'assurée ne pouvait pas porter de poids, une aide aux courses plus importante était essentielle. Une présence d'environ quatre heures par jour était indispensable pour effectuer ces tâches. 29. Sur demande de l'OAI, le 30 mars 2017, la Dresse F\_\_\_\_\_ a énuméré les tâches que l'assurée devait impérativement effectuer avec un accompagnant (physiothérapie, courses, promenade, participation sociale, piscine, rendez-vous chez les médecins, assistante sociale). Elle évaluait à 97 heures par mois les mesures d'accompagnement nécessaires. ![/endif]>[/if> 30. Le 12 avril 2017, l'assurée a été victime d'une chute, ce qui a provoqué la fracture du col du fémur (cf. rapport de l'Hôpital cantonal de Bâle-Campagne du 5 octobre 2017). ![/endif]>[/if> 31. L'OAI a diligenté une enquête à domicile afin de déterminer le droit à la contribution d'assistance et d'évaluer le degré d'impotence. ![/endif]>[/if> Dans son rapport du 19 mai 2017, l'enquêtrice, Madame J\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assurée, qui vivait avec sa fille, avait subi une amputation sous-géniculée de la jambe gauche en 2014 sur insuffisance artérielle des membres inférieurs et qu'elle présentait des œdèmes et engourdissement. L'enquêtrice a relevé que l'assurée était autonome pour les actes suivants : se vêtir/se dévêtir/préparer les vêtements, se lever/s'asseoir/se coucher, manger, faire sa toilette et se déplacer. L'assurée enfilait et enlevait sa prothèse seule, même si parfois, elle ne pouvait pas le faire du premier coup en raison des douleurs. Elle disposait d'un grand lit, surélevé, mis dans une alcôve. Les murs étaient proches et elle pouvait y prendre appui. L'assurée avait déclaré qu'elle dormait très bien, hormis un à deux réveils pour uriner, de 23h à 7h en général. Pour se baigner/se doucher, elle utilisait une planche de douche, posée sur la baignoire. Disposée ainsi, elle était autonome pour s'y asseoir et se laver, mais l'assurée, elle-même, n'arrivait pas à la mettre. En ce qui concerne l'acte « aller aux toilettes », elle était autonome pour mettre en ordre les habits (avant et après être allée aux toilettes) ainsi que pour laver le corps/contrôle de la propreté (après être allée aux toilettes). En revanche, elle allait aux toilettes de manière inhabituelle depuis l'amputation. Elle ne pouvait pas se lever sans sa prothèse, sa jambe droite n'était pas entièrement valide et elle avait des problèmes d'équilibre. Elle devait marcher avec sa prothèse ainsi qu'une ou deux cannes. Pendant la journée, elle portait sa prothèse et allait seule aux WC. Par contre, la nuit, elle avait des besoins assez urgents et n'avait pas le temps de positionner sa prothèse, prendre ses cannes et enfin aller aux toilettes. Elle devait beaucoup s'hydrater en raison de ses problèmes de circulation sanguine et ne pouvait pas arrêter les boissons dès 18h. Elle utilisait de ce fait

une à deux fois par nuit un pot, posé à côté de son lit, dans lequel elle faisait ses besoins (selles/urine). Une chaise percée était programmée qu'il fallait placer au bout de son lit pour résoudre ce problème. L'enquêtrice a considéré qu'il convenait d'admettre qu'une tierce personne aide l'assurée pour vider la chaise ou le pot, au vu de l'équilibre précaire et de l'utilisation des béquilles. L'assurée était autonome pour se déplacer dans l'appartement. Elle utilisait sa prothèse impérativement, ainsi qu'une ou deux cannes. Elle avait récemment chuté et souffrait de contusions/déchirures musculaires au niveau de la hanche gauche. Le déplacement à l'extérieur était pris en compte dans la rubrique « accompagnement durable ». Elle avait gardé quelques liens sociaux, utilisait le téléphone et Internet. Elle pouvait lire et écrire. Dans le chapitre « accompagnement durable », il a été relevé que l'assurée, qui repassait quelques habits assise en bout du lit, cuisinait chaque soir, et faisait la petite vaisselle, avait besoin d'une aide quasi complète pour le ménage, notamment pour la lessive (effets lourds ou encombrants), le repassage (elle ne pouvait pas rester assise longtemps en bout de lit pour effectuer cette tâche), la vaisselle (lourde). La station debout immobile prolongée était impossible. Elle gérait seule ses médicaments ainsi que les démarches administratives de base, mais avait besoin de l'aide pour le reste en raison de son stress, du manque de concentration, et des pertes de mémoire. Elle s'entretenait une fois par mois avec l'assistante sociale. Elle devait marcher, mais ne sortait jamais seule. Elle avait trois étages à monter/descendre à pied. Elle était accompagnée par sa fille ou son assistant lorsqu'elle marchait dans le quartier ou lorsqu'elle se déplaçait en dehors du quartier (Poste, banque, commerces, rendez-vous médicaux). Elle avait des troubles de l'équilibre, se fatiguait vite et devait s'asseoir. Elle ne conduisait plus et n'osait pas prendre le tram, même accompagnée. Elle prenait une chaise roulante pliable pour les sorties cinéma, exposition. L'enquêtrice a noté qu'il était exigible que la fille, habitant sous le même toit, participe aux commissions, au ménage et à la lessive. L'assurée avait besoin, en outre, d'une aide pour tout déplacement extérieur. L'accompagnement nécessité dépassait très largement les deux heures par semaine. L'assurée n'avait pas besoin d'une surveillance personnelle ; elle pouvait rester seule chez elle, de jour comme de nuit, plusieurs heures d'affilée. Elle restait par ailleurs très souvent seule la journée. L'enquêtrice a conclu que l'assurée avait besoin d'une aide régulière et importante pour un acte ordinaire de la vie (aller aux toilettes de manière inhabituelle) et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Elle proposait de continuer à octroyer une allocation pour impotent de degré léger. 32. Dans le rapport du 22 mai 2017 relatif à la contribution d'assistance (instrument d'enquête standardisé FAKT), le besoin d'aide a été évalué à 50,62 heures par mois (actes ordinaires de la vie quotidienne, ménage, participation sociale et loisirs). Le forfait par nuit a été supprimé ; l'assurée avait déclaré qu'elle dormait très bien, de 23h à 7h environ, hormis un à deux réveils pour uriner, ce qui était pris en compte sous l'acte « aller aux WC ».

33. Par communication du 22 mai 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuait à bénéficier de la même allocation pour impotent, sans modification.

34. Dans un projet de décision du même jour, l'OAI a réduit la contribution d'assistance. Dès le 1<sup>er</sup> août 2017, celle-ci s'élevait à CHF 845.85 par mois, soit CHF 9'304.35 par an, montant correspondant au standard de qualification (25,71 unités par mois × CHF 32.90).

35. Par courrier du 17 juin 2017, l'assurée, par l'entremise de son conseil, a contesté le projet de décision et sollicité une décision sujette à recours s'agissant du droit à l'allocation pour impotent.

36. Par décision du 20 juin 2017, l'OAI a indiqué que l'assurée bénéficiait d'un droit à l'allocation pour impotent, sans modification.

37. Par décision du 3 juillet 2017, l'OAI a confirmé le projet

de décision. Les soins de nuit avaient été supprimés, au double motif qu'il n'y avait pas de raison médicale de les retenir, et que l'assurée avait déclaré qu'elle urinait seule et qu'elle dormait bien la nuit, hormis un à deux réveils pour uriner. 38. Le 14 août 2017, l'assurée, hospitalisée à l'Hôpital cantonal de Bâle-Campagne, a subi une opération pour la mise en place d'une prothèse de hanche totale gauche, en raison de la fracture du col du fémur causée par la chute du 12 avril 2017 (cf. rapport du 5 octobre 2017).

39. Par acte du 17 août 2017, l'assurée, sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 20 juin 2017, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée, à la constatation que son impotence doit être considérée de degré moyen, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour le calcul de l'allocation d'impotence et de la contribution d'assistance. À l'appui de ses conclusions, elle conteste le rapport d'enquête du 19 mai 2017. Elle relève qu'il n'est pas clair pour quels motifs les besoins d'assistance durant la nuit ont été considérés comme inexistants, alors même que le rapport indique qu'elle n'arrive pas à se lever sans sa prothèse, qu'elle a des besoins assez urgents pendant la nuit, qu'elle n'a pas le temps de positionner sa prothèse, de prendre une canne et de se rendre aux WC. Elle ajoute que le rapport, selon lequel elle se réveille une à deux fois pour uriner, ne reflète pas exactement ses déclarations, puisqu'elle avait affirmé qu'elle se réveillait toutes les heures, et pas uniquement pour uriner. La recourante fait valoir que son impotence a atteint le degré moyen. Elle argue qu'elle a besoin tant d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie que d'une aide directe et indirecte d'un tiers, le jour comme de nuit, pour ses consultations médicales et ses déplacements à Bâle, pour aller aux toilettes, et compte tenu du fait que son logement, situé au troisième étage, sans ascenseur, n'était pas adapté à son handicap. 40. Ce recours a été enregistré sous le numéro de cause A/3398/2017.

41. Par acte du 23 août 2017, l'assurée, par l'entremise de son conseil, a formé recours contre la décision du 3 juillet 2017 réduisant la contribution d'assistance. Elle conclut, sous suite de dépens, préalablement, à la jonction des causes, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à la constatation qu'elle a droit à un forfait de nuit. Elle expose que son état de santé s'est aggravé et qu'elle a besoin d'une assistance durant la nuit. Elle relève que, selon le rapport du 19 mai 2017, elle a des besoins assez urgents la nuit et qu'elle n'a pas le temps de positionner sa prothèse, prendre ses cannes et enfin aller aux WC. Elle conteste n'avoir des besoins qu'une ou deux fois par nuit, car elle se lève plus souvent et pas seulement pour uriner. Elle souligne qu'elle ne peut pas marcher chez elle, sans les cannes. Elle estime qu'une assistance et une surveillance, au vu du risque important de chutes, sont indispensables durant la nuit, de sorte que la suppression totale des heures d'assistance de nuit est incompréhensible. 42. Ce recours a été enregistré sous le numéro de cause A/3462/2017.

43. Invité à se déterminer dans le cadre de la cause A/3398/2017, dans sa réponse du 14 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relève que les circonstances n'ont pas notablement changé depuis la décision du 3 août 2015, qui repose sur le rapport d'enquête du 10 juin 2015, duquel il ressort que la recourante a besoin uniquement d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans le cadre de la révision de la demande de prestations, l'intimé, s'appuyant sur le rapport d'enquête du 19 mai 2017, souligne que la recourante a besoin, en outre, d'une aide régulière et importante pour un acte ordinaire de la vie, soit « aller aux toilettes », mais qu'elle est autonome en ce qui concerne les autres actes ordinaires de la vie. Elle n'a par ailleurs pas besoin d'une surveillance personnelle permanente. 44. Invité à se déterminer dans le cadre de la cause A/3462/2017, dans sa réponse du 21 septembre

2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Se référant au rapport d'enquête du 16 mai 2017 (recte : 22 mai 2017), ainsi qu'au rapport relatif à l'allocation pour impotent du 19 mai 2017, il relève que la recourante a déclaré qu'elle « dort très bien, de 23h à 7h environ, hormis un à deux réveils pour uriner (pris en compte sous l'acte aller aux WC) ». Ainsi, c'est à juste titre que la contribution d'assistance pour les prestations de nuit a été supprimée. 45. Par ordonnance du 29 septembre 2017, la chambre de céans a joint les procédures A/3398/2017 et A/3462/2017 sous le numéro de cause A/3398/2017.

46. Dans sa réplique du 24 octobre 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle répète qu'elle a besoin d'une aide régulière et importante pour aller aux toilettes, ainsi que pour se déplacer, notamment à l'extérieur, soulignant qu'il y a trois étages à descendre ou à monter à pied dans son immeuble. Elle ajoute que l'assistance effectivement fournie par M. H\_\_\_\_\_ est supérieure aux 30,42 unités mensuelles qui étaient octroyées. Ce dernier, qui avait interrompu son accompagnement lorsqu'elle avait été hospitalisée, a continué à apporter son aide dès le 5 octobre 2017, de jour et de nuit. 47. Dans sa duplique du 16 novembre 2017, l'intimé a noté qu'aucun élément n'était susceptible de modifier sa position.

48. Copie de cette écriture transmise à la recourante, 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).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Les deux recours ont été formés en temps utile, compte tenu de la suspension du délai de recours du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – RS/GE E 5 10]). Aussi y a-t-il lieu de les déclarer recevables.

3. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA, entrées en vigueur le 1 er janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

4. Le litige porte, d'une part, sur le point de savoir si, dans le cadre d'une nouvelle demande, la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré moyen, en lieu et place de l'allocation pour impotent de degré faible dont elle bénéficie depuis le 1 er janvier 2014, et d'autre part, sur la suppression du droit de la recourante à la contribution d'assistance allouée pour les prestations de nuit, reconnue par décision du 18 mars 2016.

5. a. Selon 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. À teneur de l'art. 9 LPGA, auquel l'art. 42 al. 1 LAI précité fait d'ailleurs explicitement référence, 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, 1<sup>ère</sup> phrase, LAI). b. Pour qu'il y ait impotence, il faut que l'assuré soit dans l'impossibilité d'accomplir seul des actes élémentaires de la vie quotidienne, qui se répartissent dans les six catégories suivantes : se vêtir/se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever) ; se lever/s'asseoir/se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter) ; manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde) ; faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain / se doucher) ; aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle / vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes) ; se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux (ATF 121 V 90 consid. 3a et les références ; ch. 8010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI] dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 [inchangée dans la version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017])). 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. Par ailleurs, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que, 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 (arrêt du Tribunal fédéral I.294/00 du 15 décembre 2000 consid. 4d et les références). b/aa. 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.; ch. 8021 CIIAI et la référence). b/bb. 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.; ch. 8022-8023 CIIAI et la référence). c. 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 de ces 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). En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4). d. Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie pour lesquelles l'assuré a besoin de l'aide d'autrui, parfois à plusieurs reprises si la même fonction s'inscrit dans plusieurs actes ordinaires, 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. La jurisprudence prévoit toutefois une exception pour la fonction « aller aux toilettes ». Selon cette dernière, font également partie des fonctions partielles de cet acte ordinaire de la vie le rhabillage, l'accompagnement aux toilettes ainsi que l'aide apportée pour s'y asseoir et se relever (Pratique VSI 1996 p. 182 ; ch. 8027 CIIAI et les références). e. Le degré d'impotence se détermine en fonction du

nombre d'actes (associés éventuellement à une surveillance personnelle permanente ou à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie) pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire (cf. art. 37 RAI). L'évaluation du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie constitue donc une appréciation fonctionnelle ou qualitative de la situation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.2 et la référence). e/aa. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). Elle est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent, c'est-à-dire 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). Selon 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, alternativement, la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a), au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b), 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 (let. c). D'après l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, alternativement, 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), d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). e/bb. L'aide est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI et la référence). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ch. 8026 CIIAI et les références). 6. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif (ch. 8040 CIIAI).>![endif]>![if> 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). b. 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1 et la référence). 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<sup>er</sup> 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 nécessitée est dans ce cas réalisé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.3). c. Dans la seconde 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. 3.3.1 et 3.4). En cas de limitations purement ou essentiellement fonctionnelles, l'aide doit être attribuée à l'acte ordinaire de la vie consistant à se déplacer (ch. 8051 CIIAI). d. N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire (art. 38 al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase, RAI). Le ch. 8053 de la CIIAI précise que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a 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). e. Dans les 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, les éléments de fait qui conduisent à admettre le besoin d'une assistance pour effectuer certains actes ordinaires de la vie ne peuvent pas être retenus en même temps pour justifier le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.3). La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 3.6 et les références). f. 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 (ch. 8083 CIIAI). L'assistance qu'apportent concrètement les membres de la famille à l'assurée a trait à l'obligation de diminuer le dommage, qui ne doit être examinée que dans

une seconde étape (arrêt 9C\_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.2.2 et la référence).

7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et les références). 8. L'art. 17 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). Toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, respectivement d'impotence, et donc le droit à la rente, respectivement à l'allocation, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA ( ATAS/728/2017 du 28 août 2017 consid. 8). La rente, respectivement l'allocation peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain, respectivement sur le besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution des prestations réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force, respectivement de l'allocation pour impotent, et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse ( ATAS/728/2017 du 28 août 2017 consid. 8 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel

l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). [endif]>[if> 10. En l'espèce, la recourante, qui souffre d'une atteinte cardiovasculaire (syndrome de Leriche et cardiopathie ischémique), a subi plusieurs opérations avant d'être amputée de la jambe inférieure gauche en juin 2014. Par décision du 3 août 2015, entrée en force, la recourante a été mise au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Le 2 mars 2017, elle a déposé une nouvelle demande auprès de l'intimé, visant à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen. À cet effet, elle a produit le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 8 mars 2017, selon lequel la recourante présente une occlusion de l'artère poplitée et des artères jambières à droite entraînant une aggravation des pressions artérielles, avec des valeurs au gros orteil au seuil de l'ischémie critique. [endif]>[if> Une aggravation de l'état de santé n'a pas nécessairement d'impact sur le degré d'impotence. Il convient plutôt d'examiner si les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent se sont modifiées depuis la décision du 3 août 2015. Dans ce contexte, il y a lieu de déterminer si un changement notable s'est produit entre les faits tels qu'ils se présentaient lors de cette décision et ceux existant lors de la décision litigieuse du 20 juin 2017, aux termes de laquelle le droit à l'allocation pour impotent est demeuré inchangé. 11. a. L'intimé a fondé sa décision du 3 août 2015 sur un rapport d'enquête à domicile établi le 10 juin 2015. De ce rapport, il ressort que la recourante était autonome pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie. Par contre, elle nécessitait l'aide d'un tiers (accompagnement) pour les travaux ménagers, y compris les courses - sans laquelle elle ne pourrait vivre de manière indépendante -, ainsi que pour les activités hors du domicile (rendez-vous médicaux, visites, coiffeur, sorties de loisirs). [endif]>[if> La décision attaquée repose, quant à elle, sur le rapport d'enquête à domicile du 19 mai 2017. b. Il y a préalablement lieu d'examiner la valeur probante de ce rapport. L'enquêtrice a eu connaissance de la situation personnelle et médicale de la recourante (amputation sous-géniculée de la jambe gauche en 2014 sur insuffisance artérielle des membres inférieurs, œdèmes, engourdissement). Elle a relevé que cette dernière avait récemment été victime d'une chute (celle du 12 avril 2017) et que sa jambe droite n'était pas entièrement valide. Les atteintes à la santé de la recourante, mentionnées par l'enquêtrice, correspondent à celles relevées dans les pièces médicales (cf. rapports de la Dresse F\_\_\_\_\_ des 21 février 2014, 20 mars 2015, 2 février 2016 ; avis du SMR du 23 mars 2014 ; rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 8 mars 2017). L'enquêtrice a également eu connaissance de la situation locale et spatiale ; même si elle n'a pas spécifié que la recourante vit au troisième étage d'un immeuble sans ascenseur, elle a noté que cette dernière devait monter et descendre trois étages à pied. Enfin, les observations de l'enquêtrice sont clairement décrites et motivées. Ce rapport d'enquête a ainsi pleine force probante. La recourante remet en cause ce document pour contester la suppression des prestations de nuit. Elle relève que les informations consignées - celle-ci dormait très bien, hormis un à deux réveils pour uriner - ne reflèteraient pas exactement ses déclarations - elle se réveillerait toutes les heures et pas uniquement pour uriner. La critique ici formulée ne saurait suffire à jeter le discrédit sur les observations de l'enquêtrice s'agissant de l'évaluation du degré d'impotence. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter des faits tels qu'ils ont été rapportés par cette dernière. 12. Se fondant sur ce rapport d'enquête, l'intimé a reconnu que la recourante nécessite l'aide d'un tiers pour aller aux toilettes (d'une manière inhabituelle) ainsi que pour faire face aux nécessités de la vie (aide pour tenir son ménage afin de vivre de manière indépendante et accompagnement pour les activités/contacts hors du domicile). La recourante allègue qu'elle présente également un besoin d'aide pour se

déplacer à l'extérieur. ![/endif]>![if > 13. a. L'enquêtrice a traité l'aide nécessaire pour se déplacer à l'extérieur dans le cadre de l'accompagnement durable (activités et contacts hors du domicile). Elle a relevé que la recourante devait marcher, mais ne sortait jamais seule. Celle-ci avait trois étages à monter/descendre à pied. Elle était accompagnée par sa fille ou son assistant lorsqu'elle marchait dans le quartier ou lorsqu'elle se déplaçait en dehors du quartier (Poste, banque, commerces, rendez-vous médicaux). Elle avait des troubles de l'équilibre, se fatiguait vite et devait s'asseoir. Elle ne conduisait plus et n'osait pas prendre le tram, même accompagnée. Elle prenait une chaise roulante pliable pour les sorties cinéma, exposition. ![/endif]>![if > a/aa. Il ressort du dossier médical de la recourante que son atteinte à la santé limite ses mouvements, sa mobilité et ses déplacements. Elle ne présente pas de troubles cognitifs, psychiques, de vision ou de langage l'empêchant de gérer ses activités et rendez-vous hors du domicile, ni ne risque d'adopter un comportement inadéquat lorsqu'elle se rend à la Poste, à la banque, dans les commerces ou chez ses médecins. Dès lors que la recourante connaît uniquement des restrictions de la mobilité, ce qui découle également des observations de l'enquêtrice, l'aide ne doit pas être attribuée à l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. b RAI, mais à l'acte ordinaire de la vie consistant à se déplacer, conformément au ch. 8051 CIIAI (en lien avec l'accompagnement pour les activités hors du domicile) qui parvient à cette conclusion en cas de limitations purement ou essentiellement fonctionnelles (consid. 6c. ci-dessus). Ce faisant, il n'est pas tenu compte ici à deux reprises de l'aide dont la recourante a besoin pour se déplacer à l'extérieur. L'aide nécessaire, qui n'est pas prise en considération sous l'angle de l'accompagnement au sens de la disposition précitée, est comptée uniquement au nombre des actes ordinaires de la vie que la recourante, bien qu'elle dispose de moyens auxiliaires, ne parvient pas à accomplir seule. En effet, elle possède des béquilles, ainsi qu'une chaise roulante. Toutefois, vu ses troubles de l'équilibre, vu qu'elle habite au troisième étage d'un immeuble sans ascenseur, vu qu'elle se déplace à l'aide de cannes avec difficultés (cf. rapport d'enquête du 10 juin 2015), vu qu'elle se fatigue vite et qu'elle doit s'asseoir, vu qu'elle ne conduit pas et n'ose pas utiliser les transports publics, on voit mal comment elle pourrait se déplacer à l'extérieur, sans aide. a/bb. Partant, c'est à tort que l'intimé a retenu l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. b RAI, en lieu et place de l'aide régulière et importante pour l'acte « se déplacer ». b. L'enquêtrice a reconnu un besoin d'aide dans le ménage (en particulier pour la lessive, le repassage, la vaisselle et les courses) au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie quotidienne (au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI). Selon la jurisprudence, cette assistance pour tenir le ménage, sans laquelle l'assuré ne pourrait vivre de manière indépendante, représente selon l'expérience générale de la vie un investissement temporel de plus de deux heures par semaine, ce qui peut fonder le droit à une allocation pour impotent (cf. consid. 6b. ci-dessus). L'enquêtrice a toutefois relevé que la recourante repassait quelques habits assise en bout du lit, cuisinait chaque soir, et faisait la petite vaisselle. Dans le cadre de la première enquête à domicile du 9 juin 2015, il avait été relevé que la fille participait aux tâches ménagères, à raison de deux heures par jour environ. Dans le cadre de la seconde enquête, on ignore, faute de précisions, si celle-ci continue à aider sa mère, et dans l'affirmative, à quelle fréquence. L'enquêtrice a noté que l'accompagnement nécessité dépassait les deux heures par semaine. Elle a, dans son appréciation, tenu compte de l'aide pour tout déplacement à l'extérieur, laquelle doit toutefois être attribuée à l'acte ordinaire « se déplacer » pour les motifs exposés ci-dessus. Vu que la recourante effectue une part du ménage, mais que le temps consacré à cet effet n'est pas spécifié, il est nécessaire de connaître si cette dernière présente un besoin

d'accompagnement de plus de deux heures par semaine pour tenir son ménage, en sus de l'aide effective ou raisonnablement exigible de la part de sa fille avec laquelle elle fait ménage commun. 14. a. Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!

b. En l'occurrence, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre un complément d'enquête à domicile s'agissant du temps respectif consacré par la recourante et sa fille aux tâches ménagères (cuisine, courses, lessive, vaisselle) avant qu'il ne statue à nouveau. En effet, si le besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie est, le cas échéant, confirmé au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI, ajouté à l'aide pour « aller aux toilettes » et « se déplacer », les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA seront réunies, modifiant ainsi le droit aux prestations selon l'art. 37 al. 2 let. c RAI. 15. a. Reste encore à examiner si c'est à juste titre que l'intimé a supprimé la contribution d'assistance allouée pour les prestations de nuit. !

b. La contribution d'assistance de l'assurance-invalidité est prévue par l'art. 42 quater LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. En vertu de l'al. 1 de cette disposition, l'assuré a droit à une contribution d'assistance aux conditions suivantes: il perçoit une allocation pour impotent de l'AI conformément à l'art. 42 al. 1 à 4 (let. a) ; il vit chez lui (let. b) ; il est majeur (let. c). La contribution d'assistance constitue une prestation en complément de l'allocation pour impotent et de l'aide prodiguée par les proches, conçue comme une alternative à l'aide institutionnelle et permettant à des handicapés d'engager eux-mêmes des personnes leur fournissant l'aide dont ils ont besoin et de gérer leur besoin d'assistance de manière plus autonome et responsable. L'accent mis sur les besoins a pour objectif d'améliorer la qualité de vie de l'assuré, d'augmenter la probabilité qu'il puisse rester à domicile malgré son handicap et faciliter son intégration sociale et professionnelle; parallèlement, la contribution d'assistance permet de décharger les proches qui prodiguent des soins (Message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6<sup>ème</sup> révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1692 ch. 1.3.4). c. L'art. 42 quinquies LAI stipule que l'assurance verse une contribution d'assistance pour les prestations d'aide dont l'assuré a besoin et qui sont fournies régulièrement par une personne physique (assistant), qui est engagée par l'assuré ou par son représentant légal sur la base d'un contrat de travail (let. a) et qui n'est pas mariée avec l'assuré, ne vit pas avec lui sous le régime du partenariat enregistré ni ne mène de fait une vie de couple avec lui et n'est pas un parent en ligne directe (let. b). d. D'après l'art. 39c RAI, le besoin d'aide peut être reconnu dans les domaines suivants : les actes ordinaires de la vie (let. a), la tenue du ménage (let. b), la participation à la vie sociale et l'organisation des loisirs (let. c), l'éducation et la garde des enfants (let. d), l'exercice d'une activité d'intérêt public ou d'une activité bénévole (let. e), la formation professionnelle initiale et continue (let. f), l'exercice d'une activité professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi (let. g), la surveillance pendant la journée (let. h) et les prestations de nuit (let. i). L'office AI détermine le nombre d'heures correspondant au besoin d'aide mensuel reconnu (art. 39e al. 1 RAI). La contribution d'assistance se monte à CHF 32.90 par heure (art. 39f al. 1 RAI). L'office AI détermine le montant de la contribution d'assistance allouée pour les prestations de nuit en fonction de l'intensité de

l'aide à apporter à l'assuré. Le montant de la contribution s'élève à CHF 87.80 par nuit au maximum (art. 39f al. 3 RAI). e. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a édicté la Circulaire sur la contribution d'assistance (ci-après : CCA), afin de préciser les conditions d'octroi et le calcul de la contribution d'assistance. Le besoin d'aide est calculé au moyen d'un instrument d'enquête standardisé (FAKT) pour les prestations d'aide directes et indirectes. Cet instrument d'évaluation fait office de rapport d'enquête, calcule la contribution d'assistance et synthétise les principales informations nécessaires à la prise de décision (ch. 4005 et 6019 CCA, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015). Cet instrument est propre en principe à établir tous les besoins d'aide de la personne assurée (ATF 140 V 543 consid. 3.2.2). f. Les prestations de nuit ne peuvent être prises en compte que sur prescription médicale (certificat médical) et lorsqu'elles sont absolument nécessaires en raison de l'état de santé de l'assuré. Il faut pour cela que l'absence d'aide (sur une assez longue période) entraîne une aggravation de l'état de santé ou une crise menaçant gravement le pronostic vital. Le certificat médical doit spécifier quelles pourraient être les conséquences pour la santé si, par ex., on ne procède pas à un changement de position durant la nuit. Les mesures non personnelles adéquates – comme des lits spéciaux anti-escarres, par ex. – doivent avoir été toutes essayées ou exclues avant que des prestations de nuit soient accordées (obligation de réduire le dommage) (ch. 4072 CCA). Le critère de la régularité s'applique également aux prestations de nuit. Dans ce domaine, un besoin d'aide est considéré comme régulier lorsqu'il apparaît au moins une fois par semaine (ch. 4073.1 CCA). Pour que le forfait de nuit soit octroyé, il ne suffit pas que l'assuré ne soit pas en mesure d'aller aux toilettes sans aide, puisque ce déplacement n'est pas vérifiable par l'office AI. Dans le sens de l'obligation de réduire le dommage, on peut en effet exiger des personnes concernées que, dès la fin de la journée et la nuit, elles se préparent à éviter d'aller aux toilettes (par ex. en évitant toute consommation inutile de boisson de nature à en provoquer le besoin). La nécessité d'aller aux toilettes pendant la nuit doit être justifiée par des raisons de santé (ch. 4074 CCA). L'enquête partant de la nécessité de 8 heures de sommeil, la nuit est définie comme une période de repos de 8 heures (ch. 4075 CCA). Si, durant ce temps, l'assuré a besoin d'aide pour un acte ordinaire de la vie (supplément compris) ou pour une surveillance, cette aide est prise en compte sous « nuit », à condition que la nécessité en soit médicalement attestée. Le besoin d'aide pour aller au lit le soir et pour se lever le matin n'est pas pris en compte au titre de prestations de nuit, mais bien l'aide apportée entre ces deux activités (ch. 4075.1 CCA). 16. a. En l'espèce, la recourante conteste la suppression des prestations de nuit, alléguant, s'appuyant sur le rapport d'enquête du 19 mai 2017, qu'elle a des besoins assez urgents pendant la nuit et qu'elle n'a pas le temps de positionner sa prothèse, de prendre une canne et de se rendre aux WC. Elle ajoute qu'elle ne se lève pas que pour uriner. b. Cela dit, la recourante omet de rappeler qu'elle fait dorénavant ses besoins la nuit dans un pot, posé à côté de son lit, dont l'utilisation peut être exigée d'elle en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Outre cela, la recourante ne précise pas pour quel autre motif elle se lève la nuit. Même si on déduit du rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2016 que la recourante se lève pour boire, il peut toutefois être raisonnablement exigé de sa part qu'elle consomme l'eau en bouteille, qu'elle peut garder sur sa table de nuit pour éviter un déplacement durant la nuit jusque dans la cuisine. c. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a supprimé les prestations de nuit. 17. a. Au vu de ce qui précède, la décision de l'OAI du 20 juin 2017 (A/3398/2017), maintenant une allocation pour impotent de degré faible, sera annulée et le recours partiellement admis, en ce sens que le dossier est renvoyé à

l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

b. Le recours contre la décision du 3 juillet 2017 (A/3462/2017), supprimant les prestations de nuit, sera rejeté. c. La recourante, représentée par un mandataire, obtenant partiellement gain de cause (A/3398/2017), une indemnité de CHF 1'800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. **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.