

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1740/2016

ATAS/844/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 octobre 2016

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1964, originaire de Yougoslavie, marié, père de trois enfants, est entré en Suisse en 1987 et est au bénéfice d'une autorisation d'établissement C. Il est titulaire d'un diplôme de kinésithérapeute. Il a exercé la profession d'aide-jardinier, puis de manoeuvre depuis 1999 auprès de B_____ SA.
2. Le 27 octobre 2000, la doctoresse C_____, spécialiste en angiologie, médecine interne FMH, a attesté que l'assuré avait, suite à un accident de la circulation, développé un Raynaud typique touchant les deux mains, sans épargne des pouces. Elle proposait de la physiothérapie afin d'améliorer l'équilibre de la ceinture scapulaire, le patient se plaignait d'une raideur et de douleur de la colonne cervicale. En cas de non amélioration, un large bilan biologique, à la recherche d'une collagénose de cryoglobulinémie serait alors à pratiquer.
3. L'assuré a été en incapacité de travail totale depuis le 7 novembre 2000.
4. Le 6 août 2001, le Centre de médecine du travail, ergonomie et hygiène, à Zürich, a rendu une expertise à la demande de la Rentenanstalt Swiss Life, reconnaissant à l'assuré une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit à l'intérieur, légère et sans vibration.
5. Le 19 décembre 2001, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Le 12 février 2002, B_____ SA a allégué que l'assuré avait travaillé du 21 octobre 1999 au 7 novembre 2000, que son horaire de travail était de 45 heures par semaine l'été et de 40 heures par semaine l'hiver et que le salaire en 2002 était de CHF 4'210.- par mois.
7. Le 18 avril 2002, la Dresse C_____ a attesté d'un phénomène de Raynaud touchant les quatre extrémités, secondaire à une probable sclérose systémique et entraînant un incapacité de travail à 100%. Divers traitements étaient restés sans effet. Il y avait une incapacité de travailler à l'extérieur mais une autre activité était exigible selon la température des locaux.
8. Le 25 avril 2002, le docteur D_____, médecin-chirurgien, a diagnostiqué une maladie de Raynaud existant depuis le 7 novembre 2000. Depuis un an et demi le patient présentait des fourmillements, picotements et décoloration des deux mains au froid. Le pronostic était réservé concernant la reprise de travail car il fallait éviter tout changement de température, de contact avec l'eau froide et un travail nécessitant des mouvements précis avec les doigts était impossible.

Il a attesté d'une incapacité totale de travail. On pouvait exiger de l'assuré qu'il travaille trois à quatre heures par jour dans des travaux non-manuels, à l'intérieur, sans changement de température.

9. Une capillaroscopie/test au froid du 2 mai 2002 conclut à une capillaroscopie anormale non spécifique (dystrophies mineures nombreuses) nécessitant un suivi clinique et biologique.
10. le 2 octobre 2002, le docteur E_____, du SMR Léman, a rendu un rapport médical concluant à une situation claire de réadaptation professionnelle mais en aucun cas il ne fallait organiser un stage d'orientation à temps partiel.

Il conclut aux limitations suivantes : « travail essentiellement à l'intérieur d'un bâtiment, sans vibrations, sans exposition au froid, travaux physiquement légers à moyen, sans port de charges lourdes », et à une capacité de travail complète dans une activité adaptée.
11. Le 11 avril 2003, la division de réadaptation professionnelle de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a rendu un rapport suite à un examen, concluant à la mise sur pied d'un stage de type OSER au CIP du 26 mai au 21 septembre 2003.
12. Une capillaroscopie du 7 mai 2003 ne montrait aucune évolution par rapport aux précédentes. L'assuré présentait un phénomène de Raynaud manifestation secondaire à une sclérodémie avec peu de répercussion capillaroscopiques.
13. Le docteur F_____ a attesté le 4 juin 2003 que le stage OSER de l'assuré avait été interrompu en raison d'une aggravation objective de la situation clinique. Ses mains étaient actuellement inutilisables, gonflées et tuméfiées, et sans qu'une cause à cette aggravation ait pu être mise en évidence. Des investigations complémentaires étaient en cours, pour tenter de préciser le diagnostic de cette affection soit auto-immune soit rhumatologique, qui s'était très nettement détériorée au cours des derniers mois. Il convenait donc de se renseigner auprès des médecins angiologues et rhumatologues qui procédaient aux investigations actuelles avant de reprendre des mesures professionnelles.
14. Un rapport OSER du 6 juin 2003 mentionne une présence effective au stage de 4 jours et une interruption du stage le 3 juin 2003 suite à un certificat d'incapacité de travail de la Dresse C_____. Le rapport précise que l'assuré a participé avec intérêt autant en animations qu'à la présentation de l'atelier. Il a été ouvert avec les maîtres et les collègues. Il a valorisé sa profession de physiothérapeute apprise au Kosovo et pratiquée une année. Sa présentation est correcte et son français était relativement bon pour un non-francophone. L'assuré était positif et souriant. Il exprimait également sa confiance dans la hiérarchie, ainsi que son intérêt pour le travail avec le groupe. Il s'estimait mis à l'épreuve par sa maladie qui lui enlevait la joie de vivre. Il utilisait peu ses mains. La position assise avait été maintenue relativement bien. Il était proposé une nouvelle mesure OSER dès que la situation de l'assuré serait stable.
15. Une échocardiographie du 18 juin 2003 effectuée suite à des douleurs thoraciques atypiques de longue date conclut à « une fonction systolique globale du ventricule

gauche conservée, possible dysfonction diastolique. Insuffisance tricuspidiennne discrète. Insuffisance mitrale minime ».

16. Le 25 juin 2003, le docteur G_____, spécialiste FMH médecine interne, allergologie et immunologie clinique, a attesté qu'il suivait l'assuré depuis mars 2001. L'ancienneté du phénomène de Raynaud et, sur le plan biologique, d'un FAN centromère était suggestive d'une sclérose systémique limitée, restée stable jusqu'à janvier 2003, où le patient avait noté une tuméfaction douloureuse des mains. La symptomatologie douloureuse des mains pouvait être le reflet d'une aggravation des troubles de la microcirculation, et ceci même si la capillaroscopie n'était pas inquiétante et que le titre du FAN avait diminué. Il n'y avait pas de pathologie cardiaque et les fonctions pulmonaires étaient rassurantes.
17. Le 16 février 2004, le Dr G_____ a relevé que l'évolution depuis avril 2002 était lentement défavorable, avec une nette aggravation de la symptomatologie douloureuse des mains depuis janvier 2003. Une capillaroscopie de contrôle effectuée en mai 2003 n'avait pas montré d'aggravation des troubles déjà connus. Sur le plan clinique, on notait un important scléroedème des deux mains. Le pronostic était difficile à évaluer. Il existait peu de chances de voir les troubles actuels s'améliorer. Compte tenu des importantes douleurs des mains, il était difficile de concevoir actuellement un travail nécessitant l'utilisation des mains.
18. Le 16 février 2004, le Dr G_____ a adressé le patient au docteur H_____, unité d'immunologie de l'Hôpital universitaire de Genève (HUG), en raison de douleurs thoraciques et d'épisodes de vertiges.
19. Le 3 mai 2004, le Docteur I_____, spécialiste FMH en cardiologie, a attesté que l'examen clinique du système cardiovasculaire et un électrocardiogramme au repos étaient globalement dans les limites de la norme.

Bien que le résultat de l'ergométrie parlait contre une atteinte coronarienne significative, celle-ci ne pouvait être entièrement exclue. De plus, une composante vaso-spastique (angor de type Prinzmetal) pouvait aussi expliquer la symptomatologie actuelle.

20. Le 19 mai 2004, le Dr I_____, à la suite d'une coronarographie, a exclu définitivement une atteinte coronarienne. Un examen électrophysiologique du 3 juin 2004 conclut à une tendance du côté gauche au ralentissement distal de la conduction nerveuse sans signification pathologique certaine.
21. Le 17 mai 2004, le Dr E_____ a relevé que, compte tenu des limitations qui ne permettaient plus qu'une activité de type intellectuelle, une nouvelle appréciation des mesures professionnelles et de l'invalidité devait être faite. Le pronostic ne semblait pas bon; en cas d'octroi d'une rente il faudrait néanmoins réviser après une année, étant donné le jeune âge de l'assuré et la nature évolutive de la maladie.
22. Le 30 juin 2004, le Dr H_____ a rendu un rapport médical suite à une consultation d'immunologie des 21 août, 11 mars, 14 avril, 30 avril et 6 mai 2004.

Il a posé les diagnostics de connectivité indifférenciée pré-sclérose systémique, FAN d'aspect centromère (1/2560), phénomène de Raynaud typique depuis 2000, douleurs thoraciques mal systématisés.

Le patient présentait un phénomène de Raynaud typique non évolutif depuis 2000 (absence de lésion trophique) ne répondant que partiellement à un traitement de Cosaar. Les éléments invalidants étaient actuellement une tuméfaction des mains et des douleurs rétrosternales atypiques.

Il poursuit : « Le bilan cardiologique complémentaire effectué par le Dr I_____ a permis d'écartier complètement une atteinte coronarienne à l'origine des douleurs rétrosternales. Concernant la tuméfaction des mains qui engendre une impotence fonctionnelle d'après le patient, elle est effectivement objectivable et dans ce sens nous avons introduit un traitement de Prednisone à petite dose (10 mg/jour). Après un mois et demi de traitement le patient n'a pas observé d'amélioration. D'autre part, la réduction de celle-ci n'a pas entraîné d'aggravation des symptômes. Nous avons également complété les tests par un ENMG en raison de signes douteux pour un tunnel carpien. Cet examen a montré des vitesses de conduction du nerf médian gauche globalement ralenties. L'examen est resté cependant limité en raison d'une mauvaise tolérance. Nous avons refait des fonctions pulmonaires complètes avec DLCO et qui s'avèrent entièrement normales.

Dans ce contexte, le diagnostic est celui d'une connectivité indifférenciée pré-sclérose systémique (phénomène de Raynaud et FAN centromère positif), une atteinte d'organe n'ayant pas pu être démontrée. Si l'on observe l'évolution des symptômes depuis quatre ans on constate que la maladie est relativement peu active ».

23. Le 31 mai 2005, la division de réadaptation professionnelle a attesté que l'évolution psychotechnique de l'assuré du 26 mai 2004 montre que ses résultats sont nettement en dessous de la moyenne par rapport à des adolescents qui terminent leur scolarité obligatoire, qu'il a des connaissances en français limitées à l'oral et l'écrit, de sorte qu'une formation trop exigeante et trop théorique ne serait pas envisageable.
24. La doctoresse J_____, médecine physique et rééducation du SMR, a rendu le 19 septembre 2005 un rapport médical suite à l'examen clinique de l'assuré du 27 juillet 2005.

Le phénomène de Raynaud apparut en 2000 quelques mois après un accident de la circulation où il avait perdu connaissance et avait été classifié comme secondaire et attribué à une maladie de type sclérodermie. Le patient se plaignait aussi de douleurs aux pieds, à la marche et au thorax (douleurs en coups de couteau).

L'échocardiographie du 18 juin 2006 et la double capillaroscopie avaient apporté des éléments en faveur d'une sclérodermie, non concluants.

Les diagnostics étaient, avec répercussion sur la capacité de travail : un phénomène de Raynaud probablement secondaire à une maladie sclérodermique localisée et

sans répercussion sur la capacité de travail, une autolimitation de la main gauche et un status post-accident de circulation en 2000.

L'assuré avait développé une attitude d'évitement en utilisant très peu sa main gauche. Il existait des douleurs et une baisse de la fonction des mains surtout à gauche, ainsi que des douleurs thoraciques et au niveau des pieds, avec observation d'un phénomène de Raynaud que les investigations avaient permis de mettre dans le cadre d'une probable sclérodémie. Actuellement, il n'y avait aucun symptôme clinique objectif de cette affection et on ne constatait qu'une autolimitation de la main gauche.

Il y avait donc une importante discordance entre les limitations fonctionnelles et les douleurs alléguées et peu de signes cliniques actuellement décelables. Cet assuré sinon en bonne santé, qui disait ne pas du tout pouvoir utiliser sa main gauche, avait une vie sociale tout à fait normale, il passait beaucoup de temps à boire des cafés avec ses copains. Il ne semblait donc pas trop souffrir de cette situation quand même un peu exceptionnelle pour un jeune homme, et ne faisait pas de projet concret professionnel futur. Il n'y avait aucun signe de réaction dépressive ou de désorganisation de sa vie. En tenant compte des symptômes objectifs, on pouvait en déduire quelques limitations fonctionnelles, mais qui ne justifiaient pas une incapacité de travail dans une activité adaptée. Il fallait éviter des travaux de force avec les mains, ainsi que des travaux avec des appareils vibrants. L'assuré devait avoir la possibilité de travailler à une température ambiante normale, évitant le froid et le trop chaud. Il y avait une incapacité de travail totale comme manœuvre et aide-jardinier et une capacité entière dans une activité adaptée dès 2001. Par rapport aux indications du rapport du Dr E_____, daté du 2 octobre 2002, il n'y avait aucun changement, les limitations fonctionnelles ainsi que les autres indications restaient les mêmes. Si l'assuré déclarait avoir subi une péjoration en 2003, celle-ci était purement subjective et n'était pas appuyée par des éléments objectifs.

25. Le 28 septembre 2005, le Dr E_____, du SMR Suisse Romande, a rendu un avis médical à la suite d'un examen de l'assuré du 27 juillet 2005.

La situation était « redevenue calme » et était superposable à celle de l'expertise de 2001 et, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière. Restait le problème de la péjoration de l'état des mains entre janvier 2003 et février 2004, laquelle commandait de questionner le Dr D_____.

26. Le 18 octobre 2005, le Dr D_____ a précisé, à la demande de l'OAI, que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré depuis janvier 2003; parfois il y avait des exacerbations avec des épisodes de tuméfactions matinales des doigts, avec fourmillements et douleurs à la mobilisation. Il avait été vu toutes les 3-4 semaines et, par intermittence, par des spécialistes de l'Hôpital cantonal en angiologie ainsi que par Dr G_____. Il y avait des rémissions de courte durée de cinq à six jours suite auxquelles à nouveau les doigts devenaient fusiformes, boudinés et le patient se plaignait de fourmillements, de douleurs ainsi que des brûlures.

Il existait une incapacité de travail dans toute activité dès le 7 novembre 2000.

Il lui semblait qu'à partir de la reprise du stage, il pouvait s'intégrer dans un travail moins difficile, mais, selon le patient, ses doigts boudinés n'obéissaient absolument pas à aucun ordre donné. Il avait des troubles sensitifs et surtout pendant les activités, quand il touchait des objets, il avait des sensations de fourmillements, de décharges électriques, raison pour laquelle il indiquait qu'il ne pouvait pas reprendre son travail.

27. Le 15 novembre 2005, le Dr E_____ a rendu un avis médical en soulignant qu'il était étonnant que la pathologie n'évoluait pas alors qu'elle était connue pour une évolution progressive avec apparition de lésions objectives au fil du temps et la question d'une simulation restait donc posée. Les conclusions du rapport du SMR du 1^{er} octobre 2002 étaient encore d'actualité.
28. Le rapport de réadaptation professionnelle de l'OAI du 27 janvier 2006 relève qu'une activité du secteur tertiaire est possible (réceptionniste, surveillant par exemple) et que le revenu d'invalidé, fondé sur l'ESS 2000, adaptée pour 2001, est de CHF 48'335.- alors que celui sans invalidité est de CHF 54'552.- en 2001 (après une réduction supplémentaire de 15%) ce qui aboutit à un degré d'invalidité de 11%.
29. Par décision du 16 février 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur un degré d'invalidité de 11%. Il a précisé qu'une aide au placement pourrait, sur demande, être accordée.
30. Le 16 mars 2006, le Dr D_____ a rendu un avis médical. Il relève que « les premières plaintes du patient apparaissent dans le mois de novembre 2000 au niveau des deux mains ainsi qu'au niveau des deux pieds avec symptomatologie de fourmillement douloureux des bouts de doigts qui deviennent fusiformes boudinés et selon le patient n'obéissent à aucun ordre. Selon l'anamnèse tous ces troubles sensitifs de fourmillement de décharge électrique apparaissent au moindre changement de température ou d'humidité ainsi qu'à l'effort, les doigts prennent une couleur bleu cyanotique. Sous le traitement d'Adalat il y a des rémissions de cinq à six jours. Dès que le patient signale une amélioration, une tentative de travail et décidée mai après vingt-quatre heures le patient revient en disant qu'il ne peut absolument rien faire. Bien entendu vu ces symptômes et les plaintes répétées du patient et après tous les échecs de reprises du travail, j'ai dû lui délivrer l'arrêt de travail chaque mois. Il est vrai que pour l'assuré, trouver un travail : sans humidité, sans changement de température, sans vibration, sans travaux manuels, sans faire d'effort ou soulever du poids est très difficile. Bien entendu un travail de surveillance dans un endroit où il n'y aurait pas de changement de température serait idéal pour lui ».
31. Le 17 mars 2006, l'assuré a fait opposition à cette décision en faisant valoir que le Dr D_____ avait estimé qu'il était entièrement incapable de travailler et que l'OAI ne précisait pas quelle activité il serait capable d'effectuer, en violation de son droit

d'être entendu. Il a conclu à l'octroi de mesures professionnelles et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente.

32. Le 6 septembre 2006, le docteur K_____, allergologie et immunologie FMH, a écrit au Dr D_____ qu'il avait examiné le patient les 24 août et 4 septembre 2006. Les diagnostics posés étaient les suivants : connectivité indifférenciée pré-sclérose systémique, non évolutive depuis mars 2004; éosinophilie périphérique (1040 G/L); syndrome de Tietze; rhinosinusite chronique. Il avait pratiqué un bilan biologique et une spirométrie.

« Les résultats, tout comme la clinique permettent de dire que la connectivité du patient est restée stable depuis 2004. S'il n'est pas rare de retrouver une éosinophilie avec certaines collagénoses, au vu de l'augmentation de celle-ci, il me semble toutefois important de compléter le bilan afin d'écartier des causes secondaires d'éosinophilie. Ainsi, la présence d'une rhinosinusite chronique mériterait d'effectuer des prick-tests et de doser les IgE totaux à la recherche d'une cause allergique. Il serait également important de rechercher des parasites dans les selles ou de faire des sérologies pour les parasites. J'ai proposé au Docteur G_____ d'effectuer ces analyses lors d'un prochain contrôle ainsi que de refaire une FSC pour contrôler l'éosinophilie. Je n'ai pas d'arguments cliniques pour une éosinophilie entrant dans le cadre d'une facéite à éosinophile (syndrome de Shulman) ».

33. Par décision du 30 novembre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant qu'aucun des médecins consultés n'excluait une reprise d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles, par exemple de réceptionniste ou de surveillant.
34. Le 11 janvier 2007, le recourant s'est soumis à une nouvelle capillaroscopie/test au froid concluant à une capillaroscopie anormale spécifique (dystrophies majeures). Le docteur L_____ a relevé qu'elle est toujours anormale mais sans grand changement par rapport à 2003. Ces anomalies pouvaient être considérées comme évocatrices de sclérodermie ou Crest mais restaient très modérées.
35. Le 15 janvier 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (actuellement chambre des assurances sociales de la Cour de justice) en concluant à son annulation et à l'octroi d'un reclassement professionnel ou d'une aide au placement et, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

Il relève qu'il souffre d'une maladie de Raynaud qui a pour effet de provoquer dans les extrémités des douleurs, des décharges électriques, un œdème et des troubles sensitifs, notamment en cas de changement de température et en cas de stress. Sa maladie était bien évolutive, contrairement à l'avis médical du SMR. Il ne pouvait plus exécuter une activité physique et seule une activité de type intellectuelle était possible. Toutefois, les activités de réceptionniste et surveillant mentionnée par l'OAI étaient irréalistes car il ne pouvait effectuer d'activités annexes souvent exigées, comme l'emploi du téléphone et de l'ordinateur ou encore se déplacer

fréquemment, puisque sa maladie affectait aussi ses pieds. Par ailleurs, la réduction de 15% sur le revenu d'invalidité devait être augmentée à 25% en raison des limitations fonctionnelles particulièrement importantes, ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 25% ouvrant le droit à une mesure d'ordre professionnel, soit un reclassement ou une aide au placement.

36. Le 2 février 2007, le docteur M_____, FMH médecine interne du SMR, a rendu un avis médical à la suite de l'examen capillaroscopie/test au froid du 11 janvier 2007 et conclut qu'il n'y avait pas de fait nouveau depuis l'examen du SMR du 27 juillet 2005.
37. Le 12 février 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'avis médical du SMR du 2 février 2007. Il convenait de constater qu'il n'y avait pas d'aggravation depuis l'examen médical du SMR du 27 juillet 2005.
38. Le 20 mars 2007, le recourant a répliqué en faisant valoir que son état de santé s'était péjoré dès lors que les HUG attestaient de dystrophies majeures et que la maladie évoluait lentement. Il réclamait une formation afin d'être en mesure d'exercer une activité intellectuelle.
39. Le 20 avril 2007, l'OAI a dupliqué en relevant que le reclassement professionnel ne pouvait être accordé mais qu'une aide au placement pouvait lui être offerte.
40. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales les Docteurs D_____, H_____ et G_____ ont donné un avis médical concernant la capacité de travail du recourant.
 - a. Le 8 mai 2007, le Dr D_____ a relevé qu'il soignait le recourant depuis l'an 2000. « La santé et l'évolution de sa maladie (syndrome de Raynaud), font que L'assuré ne peut exercer une activité professionnelle et toutes les tentatives de reprise de travail ont échoué ces sept ans. Il s'agit d'une maladie handicapante qui restreint la plupart des activités manuelles, au niveau de la force, ou à cause de syndromes douloureux et/ou fourmillements pouvant être liés à un changement minime de température ou de pression atmosphérique. En ce concerne l'appréciation de l'OAI selon laquelle L'assuré est en mesure d'exercer une activité lucrative depuis 2001 est une question très difficile, étant donné que toutes les tentatives de reprises dans les différentes professions ont échoué. Il a été examiné et réexaminé par les spécialistes de Genève, de Zurich, par les allergologues de Genève et il n'y a jamais eu de conseil précis de la part de mes collègues concernant la reprise et le pourcentage de travail. Evidemment, l'assuré maintient la version qu'il ne peut absolument pas travailler, ce qui est tout-à-fait véridique parce qu'un travail où il y a un changement même minime de température, où il faut qu'il touche l'eau froide, ou bien qu'il utilise des machines de précision, il est incapable de faire des mouvements minutieux avec ses doigts. A l'époque, j'avais conseillé comme unique travail éventuellement possible, le métier de surveillant, par exemple dans un lieu où il n'y a pas de changement de température, où il ne faut pas

soulever des charges de plus de deux kilos et/ou l'humidité est constante. Je pense que pour éclaircir et donner un avis le plus favorable, il faudrait une révision de sa santé par un médecin-conseil de l'assurance ou par un médecin-conseil de l'entreprise ».

- b. Le 9 mai 2007, le Dr H_____ a indiqué qu'il avait suivi le recourant du 21 août 2003 au 6 mai 2004. « Les investigations pratiquées à l'époque avaient permis d'exclure une pathologie coronarienne et toute autre cause qui pouvait expliquer les douleurs thoraciques. D'autre part les douleurs des mains étaient expliquées principalement par le phénomène de Raynaud secondaire à sa connectivité indifférenciée. Il est clair que les personnes qui souffrent de phénomène de Raynaud peuvent avoir des douleurs aux mains et que celles-ci deviennent aussi moins souples et moins aptes aux mouvements. Le stress et le changement de température sont connus pour aggraver ces symptômes. Sur cette base, je pense qu'à l'époque l'assuré était en mesure d'exercer une activité professionnelle à 100 % dans des conditions de travail qui n'impliquaient pas l'utilisation des mains et qui le mettait à l'abri de températures anormalement basses. Comme déjà mentionné plus haut, je ne peux m'exprimer sur la capacité de l'assuré d'exercer une activité professionnelle actuellement puisqu'il souffre d'une maladie potentiellement évolutive et que je ne l'ai plus revu depuis mai 2004 ».
- c. Le 16 mai 2007, le Dr G_____ a relevé qu'il suivait le recourant depuis mars 2001. « Compte tenu de la maladie chronique de ce patient, à savoir une sclérose systémique limitée avec syndrome de Raynaud symptomatique, l'assuré peut exercer une activité professionnelle, pour autant que celle-ci ne comporte aucun travail utilisant les mains. Une autre limitation concerne le lieu du travail, qui doit être tempéré, sans présenter de variations de température (p. ex. courants d'air). Je pense qu'une activité de type surveillance, avec les limitations susmentionnées, est envisageable de suite, et avec un taux de 100 %. La situation clinique de ce patient s'est modifiée depuis 2003, avec subjectivement une aggravation des douleurs des deux mains, bien qu'objectivement les examens (capillaroscopie en 2003) n'aient pas montré de modifications. Une dernière capillaroscopie de 2007, montre une discrète aggravation des lésions vasculaires. Bien qu'il soit toujours difficile de poser un avis rétrospectif, il semble en effet possible que l'assuré ait pu en 2001 déjà exercer une activité à 100 % avec cependant les limitations énoncées. Il me semble important de préciser que les différentes activités proposées à ce patient ne remplissaient pas les critères nécessaires (travail sans les mains, local tempéré sans variations de température) ».
41. Le 13 juin 2007, l'OAI a persisté dans ses conclusions en relevant que les derniers rapports médicaux versés au dossier n'apportaient aucun élément susceptible de faire une appréciation différente du cas.
42. Le 13 juin 2007, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas de remarques à formuler.

43. Par arrêt du 2 juillet 2007 (ATAS/752/2007), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours en relevant que les avis médicaux figurant au dossier concordaient quant à l'existence d'une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, c'est-à-dire respectant certaines limitations (sans travaux manuels, en particulier travaux de force avec les mains et minutieux avec les doigts, dans un endroit sans changement de température et sans exposition au froid et au « trop chaud », sans humidité, sans vibration, et sans port de lourdes charges) telle que réceptionniste ou surveillant. Il a précisé que la maladie dont était atteint le recourant étant potentiellement évolutive, il appartiendrait au recourant, en cas d'aggravation de son état de santé, de déposer une demande de révision auprès de l'intimé.
44. A la demande du Dr G_____, un mandat de placement a été ouvert à l'OAI le 19 janvier 2009 et fermé le 26 juillet 2010 avec le constat que l'assuré était engagé à 50% comme chauffeur et nettoyeur de voitures dès le 1^{er} février 2010 et bénéficiait de prestations de chômage à 50 %.
45. Le 10 janvier 2011, le Dr G_____ a écrit à l'OAI que l'assuré avait dû cesser le travail de nettoyage de véhicules, qui se faisait à l'extérieur, en raison de douleurs constantes et tuméfaction aux mains et a sollicité de l'OAI une aide pour trouver un travail adéquat.
46. Le 4 février 2011, un mandat de placement a été ouvert, mais il a été constaté que l'office cantonal de l'emploi (OCE) était compétent pour réinsérer l'assuré.
47. Le 29 novembre 2012, le Dr G_____ a écrit à l'OAI en sollicitant l'ouverture d'une demande de rente AI.
48. Le 12 juin 2013, l'assuré a inscrit au registre du commerce une entreprise individuelle de lavage de voitures, à son nom.
49. Le Dr G_____ a attesté d'un arrêt de travail total de l'assuré du 16 décembre 2013 au 1^{er} juin 2014.
50. Le 24 avril 2014, Generali assurances générales SA a résilié le contrat d'assurance perte de gain en cas de maladie signé par l'assuré le 3 septembre 2013 en raison d'une réticence.
51. Le 13 mai 2014, l'assuré a déposé à l'OAI une demande de prestations.
52. Le 5 juin 2014, les Drs H_____ et N_____ du service d'immunologie et d'allergologie des HUG ont posé les diagnostics de « connectivité indifférenciée de type pré-sclérose systémique (FAN et anticorps anti centromères positifs, phénomène de Raynaud typique, arthralgies des petites articulations des mains, anomalies capillaroscopiques) ». L'assuré avait été vu à la consultation la dernière fois le 6 mai 2004 car il avait « un ptosis gauche, des œdèmes des mains et des pieds et une péjoration de son syndrome de Raynaud ». Une sclérodémie systémique ne pouvait être affirmée ; il existait une anomalie radiologique (géode

sous-chondrale de l'ulna droit) qui n'expliquait pas les douleurs bilatérales de l'assuré ; pour le syndrome de Raynaud, l'assuré devait poursuivre le traitement.

53. Par projet de décision du 26 juin 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations en relevant que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées depuis la dernière décision.
54. Le 18 août 2014, le Dr G_____ a écrit à l'OAI que les examens de capillaroscopie de mai 2014 montraient des signes nets d'aggravation de l'atteinte, corrélée avec les plaintes de l'assuré qui présentait des douleurs aux mains avec un important œdème et l'impossibilité d'utiliser ses mains pour une quelconque activité ; il a transmis un rapport du 5 juin 2014 de l'unité d'immunologie clinique des HUG dont la capillaroscopie qui était mentionnée comme « toujours anormale, en claire aggravation depuis 2010 avec apparition d'une désorganisation globale, diminution de la densité capillaire, nombreuses tortuosités et ramifications et au moins deux méga-capillaires, toujours compatibles avec une connectivité mixte pré-sclérodermique. »
55. Le 2 septembre 2014, la doctoresse O_____, du SMR, a estimé qu'une instruction était nécessaire auprès du Dr G_____ et du service d'immunologie des HUG.
56. Le 3 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il entrait en matière sur sa nouvelle demande de prestations et requis de celui-ci différentes pièces et renseignements.
57. Le 24 septembre 2014, le docteur H_____, du service d'immunologie et allergologie des HUG, a rempli un rapport médical AI attestant de connectivité indifférenciée ; l'état clinique s'était aggravé au fil des ans avec, en 2014, d'importantes douleurs aux mains (phénomène de Raynaud) ; potentiellement, l'évolution pouvait aller vers un sclérodémie systémique, avec des complications possibles d'hypertension artérielle pulmonaire, fibrose pulmonaire, trouble majeur de la mobilité interstitielles, des arthrites et ulcères digitaux ; l'exposition au froid était dangereuse.
58. Le 3 décembre 2014, le Dr G_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une aggravation progressive (selon capillaroscopie) et de douleurs invalidantes des deux mains dans un contexte de Raynaud, de tuméfactions bilatérales des mains, d'arthralgies, d'un pronostic défavorable au vu de l'évolution ces dernières années, d'une incapacité de travail totale depuis le 15 décembre 2013 et d'une impossibilité d'utiliser les mains pour un travail physique, de protection au froid nécessaire, de douleurs et gonflements. Aucun travail avec utilisation des mains n'était possible.
59. Le 4 décembre 2014, l'OAI a requis de l'assuré les bilans et comptes de pertes et profits du Garage A_____.
60. Le 29 janvier 2015, la Dresse O_____ a proposé une instruction complémentaire auprès du Dr H_____.

61. Le Dr H_____ a indiqué à l'OAI le 4 février 2015 qu'il n'était pas le médecin-traitant de l'assuré et n'avait pas évalué son aptitude au travail.
62. Le 5 février 2015, l'OAI a rappelé à l'assuré qu'il attendait les renseignements demandés.
63. Par sommation du 30 mars 2015, l'OAI a fixé à l'assuré un délai au 30 avril 2015 pour fournir les renseignements demandés.
64. Le 13 août 2015, la doctoresse P_____, du SMR, a estimé que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était plausible, que l'activité exercée n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée pourrait être exercée à 100%.
65. Par projet de décision du 21 août 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que les documents exigés ne lui étaient pas parvenus.
66. Par décision du 30 septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
67. Le 16 octobre 2015, l'assuré, représenté par Madame Q_____, comptable, a recouru à l'encontre de la décision précitée ; elle s'était entretenue avec Monsieur R_____ et avait envoyé un courriel le 17 septembre 2015 à Madame S_____, lequel n'était apparemment pas arrivé à l'OAI, de sorte qu'il était demandé à l'OAI de reconsidérer le cas. Elle a transmis copie d'un courrier du 17 septembre 2015 envoyé à « S_____@ge.oia.ch » comprenant les comptes de pertes et profits du Garage A_____ 2012, 2013 et 2014.
68. Le 11 novembre 2015, l'OAI a conclu principalement à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement à son rejet, en relevant que Mme Q_____ ne pouvait être considérée comme une mandataire professionnellement qualifiée et que le courriel de celle-ci du 17 septembre 2015 joignant les bilans et comptes et pertes et profits 2012/2013/2014 de l'assuré comportait une erreur de frappe dans l'adresse e-mail, de sorte qu'un message d'erreur avait dû parvenir à Mme Q_____ en retour ; l'assuré n'avait pas collaboré, contrairement à son obligation.
69. A la demande de la chambre de céans, Mme Q_____ a indiqué le 4 janvier 2016 qu'elle était comptable pour la famille A_____ et avait aidé l'assuré, à la demande de celui-ci, pour son dossier AI ; toutefois, elle n'était pas une mandataire professionnellement qualifiée.
70. Le 29 février 2016, la chambre de céans a entendu les parties. A la demande de la présidente, le recourant a signé son recours ; il a ensuite déclaré :

« Ma maladie s'est péjorée. Elle s'étend aux mains, aux pieds, même au pénis. J'ai également mal sur la face de la tête. Mes mains gonflent, également mon visage et les parties de mon corps deviennent bleues, surtout aux changements de température. L'été, avec la chaleur, j'ai également des problèmes de gonflements. La maladie provoque également des douleurs, avec une sensation de coup de couteau dans les mains, ainsi que dans les autres parties du corps. Dès que mes mains sont en contact avec de l'eau, les symptômes apparaissent.

J'ai monté une entreprise de lavage de voitures en 2012. J'ai travaillé avec mon fils. J'ai d'abord travaillé pour un ami qui avait une entreprise de lavage de voitures. Cet ami m'a aidé à reprendre une entreprise aux Eaux-Vives. J'ai d'abord eu un ami qui m'aidait puis, pour des raisons financières, j'ai travaillé avec mon fils. J'essayais de m'occuper plus de l'aspect administratif, voire d'aller chercher des voitures plutôt que du lavage, mais je lavais également des voitures à l'extérieur ou à l'intérieur. J'ai dû me résoudre à faire ce travail, même s'il n'était pas adapté, car j'avais cherché du travail ailleurs, mais personne ne m'avait engagé à cause de mes mains. J'ai seulement travaillé 4 à 5 mois dans mon entreprise ; après j'ai arrêté de travailler. L'entreprise fonctionne avec mon fils et ma femme.

Je ne comprends pas pourquoi je n'ai jamais reçu les courriers de l'OAI que vous me citez, soit du 4 décembre 2014, février et avril 2015. J'habite toujours au XX, avenue U_____. Avant la décision du 30 septembre 2015, je suis allé déposer les bilans de la société directement à l'OAI. Je ne comprends pas ce qui s'est passé avec ces courriers, car j'habite toujours à cette adresse. Je ne me suis pas absenté de mon domicile depuis début 2015. Je ne me rappelle plus exactement la teneur de l'envoi de l'OAI, mais je sais que j'ai reçu un courrier de l'OAI qui faisait apparaître que je n'avais pas transmis les documents demandés. Je l'ai immédiatement transmis à Mme Q_____ qui a ensuite envoyé un courriel à l'OAI en septembre 2015.

Pour répondre à Mme T_____, je signale que je n'ai pas reçu le courrier de la Cour du 5 janvier 2016. »

La représentante de l'OAI a déclaré :

« Nous n'avons reçu aucun bilan, avant la transmission de Mme Q_____, dans le cadre de la présente procédure. En particulier, après le courrier du 4 décembre 2014, M. A_____ n'a pas répondu. La sommation du 30 mars 2015 a été envoyée en recommandé. Le courrier du 4 décembre 2014 a été envoyé par pli normal et celui du 5 février 2015 en recommandé. J'ai également qu'un courrier recommandé du 24 avril 2014 de GENERALI était venu en retour. Nous maintenons notre décision, car au moment où celle-ci était rendue, l'OAI était légitimé à refuser l'entrée en matière sur la demande, plusieurs courriers et sommations ont été notifiées au recourant. »

71. Le 29 février 2016, l'assuré a rempli le formulaire de demande d'une allocation pour impotent ; il a répondu négativement à toutes les questions relatives à l'impotence.
72. Par projet de décision du 4 mars 2016, l'OAI a rejeté la demande d'une allocation pour impotent en constatant que l'assuré n'avait fait état d'aucun besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, pour des soins permanents, pour une surveillance personnelle ou fait valoir un besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie.

73. Par arrêt du 14 mars 2016 (ATAS/197/2016), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision de l'intimé du 30 septembre 2015 et renvoyé la cause à l'intimé pour statuer sur le fond.
74. Par décision du 29 avril 2016, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré relative à une allocation pour impotent.
75. Le 24 mai 2016, le Dr G_____ a rendu un avis selon lequel, alors que les examens de capillaroscopie effectués en 2002, 2003, 2007 et 2010 ne montraient pas de signes d'aggravation notable, le dernier examen réalisé en mai 2014 montrait des signes net d'aggravation de l'atteinte. L'anamnèse partait en faveur d'une nouvelle aggravation de la maladie de l'assuré et des investigations à l'unité d'immunologie clinique des HUG étaient nécessaire ; sous réserve des examens complémentaires, la clinique actuelle, ne semblait pas compatibles avec une activité professionnelle nécessitant l'utilisation des mains.
76. Le 26 mai 2016, l'assuré a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 29 avril 2016 en concluant à son annulation, à l'octroi d'une allocation pour impotent et à des mesures de réinsertion, à l'ordonnance d'un complément d'analyse psychique et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ;
- Il présentait des douleurs persistantes et une détérioration de l'état de ses articulations, l'empêchant de travailler, ainsi qu'un état anxio-dépressif ; il remplissait les critères jurisprudentiels nécessaires pour reconnaître le caractère invalidant de son trouble somatoformes douloureux ; enfin, compte tenu de son âge, son manque de formation et ses difficultés en français, il souhaitait des mesures de réinsertion.
77. Le 27 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'assuré indiquait être en mesure d'accomplir seul tous les actes de la vie.
78. Le recourant n'a pas répliqué dans le délai fixé au 28 juillet 2016.
79. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a indiqué le 29 septembre 2016 qu'il se déterminerait sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel dans une décision séparée, le dossier étant actuellement en cours d'instruction sur cette demande.
80. Sur quoi 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 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGGA).
3. Est litigieuse la décision du refus de l'intimé d'allouer au recourant une allocation pour impotent.
4. a) En vertu de l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent.

Aux termes de l'art. 9 LPGGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3 LAI et 38 RAI).

La loi distingue trois degrés d'impotence: grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI). L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 37 al. 1 RAI). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie; (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou (c) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 2 RAI). L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment: (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; (b) d'une surveillance personnelle permanente; ou (e) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI).

L'art. 38 al. 1 let. a RAI prévoit que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne. Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450; arrêt 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 2.2). 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 (ATF 133 V 450 consid. 9; arrêts du Tribunal fédéral 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.6 et 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.2).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart des fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b, in RCC 1983 p. 71). 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 des assurances I 25/85 du 11 juin 1985 consid. 2b, in RCC 1986 p. 509).

b) Selon le chiffre 8010 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), les actes ordinaires de la vie les plus importants se répartissent en six domaines :

- 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).

Le chiffre 8053 CIIA, prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2011 consid. 2).

c) L'aide est réputée importante, par exemple lorsque l'assuré peut certes manger seul, mais ne peut couper ses aliments lui-même, ou lorsqu'il peut les porter à sa bouche seulement avec les doigts (ATF 106 V 153 consid. 2b p. 158 s.); lorsque l'assuré ne peut se laver tout seul, ou se peigner, ou se raser, ou prendre un bain ou une douche (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 35/88 du 12 décembre 1988

consid. 1b in RCC 1989 p. 229, I 25/85, op. cit., consid. 1b in RCC 1986 p. 508 et I 410/84 du 23 avril 1985 consid. 1a in RCC 1986 p. 512). Si l'accomplissement d'un acte ordinaire est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'infirmité, cela ne signifie pas qu'il y ait une impotence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 25/85, op. cit., consid. 2b, in RCC 1986 p. 509).

5. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).
6. En l'espèce, le recourant, dans sa demande d'allocation pour impotent du 29 février 2016 ne fait valoir aucun besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ni sollicite de prestations médicales ou de l'aide pour une surveillance personnelle, ni encore de moyens auxiliaires, pas plus qu'il ne fait valoir un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. L'avis du Dr G_____ du 24 mai 2016 ne fait pas non plus état de la nécessité pour le recourant d'être aidé dans les actes ordinaires du quotidien.

Partant, c'est à bon droit que l'intimé a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent, étant relevé que le recourant fait valoir dans son recours principalement une incapacité de travail et requiert le versement d'une rente entière d'invalidité et l'octroi de mesures de réinsertion, questions qui seront examinées par l'intimé dans une décision séparée, comme précisé par celui-ci le 29 septembre 2016.

7. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté. Vu l'issue du recours, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le