

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/318/2017

ATAS/728/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 28 août 2017**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au LIGNON

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Teresa SOARES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1956, a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC), le 6 mai 2013, entraînant une incapacité de travail entière depuis lors.
2. L'assuré a été hospitalisé du 13 au 20 juin 2013 dans le service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Selon la lettre de sortie du 1<sup>er</sup> juillet 2013, les médecins ont diagnostiqué un accident vasculaire cérébral temporal droit avec hémianopsie gauche à prédominance inférieure. Le patient s'était vu notifier une contre-indication absolue à la conduite automobile dès le 24 juin 2013 et jusqu'à réévaluation en raison de l'hémianopsie homonyme gauche. À la sortie, une consultation neuropsychologique avait été agendée dans le contexte d'une désinhibition sociale et de désorganisation du discours.
3. Le 18 novembre 2013, l'assistante sociale du service de neuro-rééducation des HUG a transmis à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations AI pour adultes concernant l'assuré.
4. Dans un rapport du 13 septembre 2013 relatif à l'examen neuropsychologique du 29 août 2013, le docteur B\_\_\_\_\_, responsable de l'unité de neuropsychologie des HUG, a constaté une certaine désinhibition comportementale et verbale, des difficultés sur le plan du langage oral, des difficultés au calcul écrit, des difficultés aux praxies constructives, une possible apraxie de l'habillage, une marche à gauche dans deux épreuves, un dysfonctionnement exécutif sévère se manifestant au niveau comportemental et cognitif, un empan visuo-spatial faible, un ralentissement psychomoteur significatif et des troubles de la mémoire épisodique constatés cliniquement ainsi que dans une épreuve psychométrique. Le tableau montrait des déficits neuropsychologiques d'intensité modérée à sévère. Une reprise du travail ainsi que la conduite automobile étaient actuellement contre-indiquées d'un point de vue strictement neuropsychologique. Les médecins ont préconisé une rééducation dans un centre afin que le patient puisse bénéficier d'un suivi multidisciplinaire intensif.
5. La doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du centre médical de la Servette, a examiné l'assuré en date du 1<sup>er</sup> novembre 2013. Dans son rapport du même jour, elle a diagnostiqué un accident vasculaire cérébral (AVC temporal droit) survenu le 6 mai 2013, d'origine artério-artérielle probable. Elle a relevé qu'entre l'AVC en mai et l'examen neuropsychologique en septembre, le patient n'avait pas perçu la sévérité de son atteinte. C'est l'examen neuropsychologique qui l'avait confronté à ses difficultés. Il avait néanmoins spontanément renoncé à conduire. En raison du problème visuel principalement, il était dépendant pour la plupart des actes quotidiens de la vie, tels que l'habillage qui était difficile. Il se cognait aux embrasures de porte. Il ne pouvait se déplacer seul à pied que sur de courtes distances. Il ne pouvait plus lire et n'arrivait plus à gérer ses affaires administratives. Il était frustré, irritable et ne parvenait plus à gérer ses sautes

d'humeur. Lors de la consultation, au fil de l'anamnèse, il avait présenté plusieurs épisodes d'incapacité à gérer ses émotions, avec comportement agressif et menaces verbales. Devant l'atteinte sévère, une prise en charge hospitalière de neuro-rééducation, y compris de neuropsychiatrie, était indispensable.

6. L'assuré a été hospitalisé du 5 au 22 novembre 2013 dans le service de neuro-rééducation des HUG, pour neuro-rééducation multidisciplinaire d'une hémianopsie homonyme gauche, d'une minime héminégligence gauche et de troubles exécutifs, comportementaux et cognitifs. Dans la lettre de sortie du 27 novembre 2013, la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin adjointe, a diagnostiqué un status post-AVC temporo-pariétal droit survenu le 6 mai 2013, d'origine embolique artério-artérielle probable avec hémianopsie homonyme latérale gauche peu compensée, discret hémisyndrome sensitivo-moteur gauche, troubles visuo-constructifs accompagnés d'une héminégligence gauche, troubles exécutifs, cognitifs (difficultés de planification, de flexibilité) et comportementaux (précipitation, impulsivité, familiarité), troubles du calcul et attentionnels, ainsi que troubles mnésiques légers. En fin de séjour, l'hémianopsie était bien compensée (par exemple lors de parcours d'obstacles et de la lecture), mais il restait une gêne importante qui contre-indiquait toujours absolument la conduite. Les troubles exécutifs étaient en légère amélioration comparativement au status de mai 2013, avec persistance cependant d'un manque de flexibilité mentale, de difficultés de planification et de précipitation. Du point de vue fonctionnel, la marche était indépendante, y compris la prise d'escaliers, mais il persistait un trouble de l'équilibre en unipodal et une instabilité à l'épreuve du funambule. L'assuré était indépendant pour la toilette et l'habillage, mais cette activité était ralentie. La force de la main gauche était bonne, mais il existait un manque de dextérité lié aussi en partie au problème visuel. Une prise en charge ambulatoire en ergothérapie pré-professionnelle dans le service de neuro-rééducation des HUG avait été mise en place, de même qu'un suivi neuropsychologique.
7. Dans un rapport du 13 janvier 2014, la Dresse C\_\_\_\_\_ a relevé que l'hospitalisation dans le service de neuro-rééducation des HUG avait été bénéfique au patient, en particulier dans la compensation de l'atteinte campimétrique. Il se débrouillait mieux pour s'habiller (le boutonnage de ses chemises était à nouveau possible par exemple), il ne faisait plus tomber les aliments de son assiette et lisait mieux. Sa capacité de concentration s'était améliorée, ce qui lui permettait de s'énerver moins rapidement lorsqu'il rencontrait des difficultés dans l'exécution d'une tâche. Toutefois, il restait très irritable, il était invivable et son comportement était explosif. La marche et son équilibre s'étaient améliorés. Au status neurologique, elle a constaté que l'hémianopsie homonyme gauche était nettement mieux compensée. La station unipodale gauche était à peine instable, mais le sautillement était possible et la marche fluide. À huit mois de l'AVC pariéto-temporal gauche, mais surtout par rapport à la première consultation, le patient avait nettement progressé dans la gestion de son hémianopsie latérale homonyme

gauche. Néanmoins, demeuraient toujours au premier plan les troubles neuropsychiatriques et cognitifs qui rendaient la prise en charge difficile. Elle avait proposé au patient une prise en charge psychiatrique ambulatoire, une prise en charge ergothérapeutique à domicile et une prise en charge physiothérapeutique en cabinet. Une contre-indication formelle à la conduite automobile lui avait été signifiée.

8. Dans son rapport du 13 mars 2014 à l'attention de l'OAI, la Dresse C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, en sus de l'accident vasculaire cérébral temporo-pariétal droit, une crise épileptique lésionnelle à point de départ focal avec généralisation secondaire le 3 janvier 2014. Elle a indiqué qu'eu égard surtout à l'hémianopsie gauche et aux troubles neuropsychiatriques sévères ainsi qu'aux troubles cognitifs, même si le patient progressait, il n'améliorerait que son quotidien. L'assuré éprouvait des difficultés en relation avec l'atteinte campimétrique, les problèmes d'organisation et les oublis. L'interaction avec autrui était délicate. Depuis l'AVC, l'assuré avait besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sa compagne l'aidait dans tout et il serait dans l'incapacité de vivre seul. Eu égard à la sévérité de l'atteinte, il ne pourrait clairement plus reprendre d'activité professionnelle et cela définitivement. Une rente de l'assurance-invalidité à 100% était incontournable et plus vite elle serait octroyée, plus elle contribuerait à sécuriser l'assuré. Sur le plan neuropsychiatrique, cela pourrait avoir un impact positif.
9. Le 12 novembre 2014, l'OAI a notifié à l'assuré un projet d'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2014, fondée sur un degré d'invalidité de 100%.
10. Le 19 novembre 2014, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande d'allocation pour impotent. Dans le questionnaire d'allocation pour impotent AI rempli le 19 novembre 2014, il a indiqué que depuis mai 2013, il avait besoin d'une aide directe ou indirecte, de façon régulière et importante, pour se vêtir et se dévêtir, couper la nourriture, se laver, se raser, se baigner et se doucher, se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux, ainsi que pour la prise de médicaments matin et soir (différenciation des médicaments). Il avait également besoin d'une surveillance personnelle de jour en raison des crises d'épilepsie. Cette aide et cette surveillance lui étaient apportées par une tierce personne, Madame E\_\_\_\_\_ (ci-après : l'amie), domiciliée en France. Il avait également besoin, tous les jours et toute l'année, d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, à savoir d'une aide humaine pour vivre à domicile, pour les rendez-vous et les contacts hors du domicile, ainsi que pour éviter l'isolement durable du monde extérieur. L'assuré a précisé que la sortie de l'hôpital avait été conditionnée à l'apport d'une aide extérieure.
11. Le 28 novembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un questionnaire relatif à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie que l'assuré a retourné le 12 janvier 2015, dûment rempli.

12. La Dresse C\_\_\_\_\_ a complété en date du 30 janvier 2015 la feuille annexe au formulaire « demande et questionnaire d'allocation pour impotent ». Hormis l'accident vasculaire cérébral temporo-pariétal droit survenu le 6 mai 2013, elle a diagnostiqué une crise épileptique lésionnelle à point de départ focal avec généralisation secondaire le 3 janvier 2014, une récurrence de crise épileptique à point de départ focal avec généralisation secondaire le 17 mai 2014, un status post traitement endovasculaire percutané avec angioplastie et stenting de l'artère iliaque commune gauche le 2 janvier 2014, ainsi qu'un possible trouble de l'attention-hyperactivité (TDA-H). Les indications sur l'impotence figurant dans le questionnaire (rempli par l'assuré) correspondaient à ses constatations. L'état de santé de l'assuré ne pouvait pas être amélioré par des mesures médicales et l'impotence ne pouvait pas être améliorée par des moyens auxiliaires appropriés.
13. Dans un rapport du 3 mars 2015 adressé à l'OAI, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué avoir revu l'assuré en consultation le même jour. Jusqu'à la consultation du 4 décembre 2014, elle avait pu observer des progrès réguliers. L'assuré était arrivé à mieux gérer le quotidien. Toutefois, lors de la consultation de ce jour, elle avait constaté un état général diminué, en particulier une angoisse marquée se traduisant par des troubles du sommeil, ainsi qu'une exacerbation des troubles comportementaux et cognitifs. Ce grand pas en arrière dans l'évolution survenait dans un contexte social excessivement difficile, respectivement une situation économique précaire. Un versement rapide de la rente d'invalidité permettrait d'assainir la situation.
14. Le 26 mars 2015, l'OAI a procédé à une enquête à domicile en vue de l'allocation pour impotent. L'entretien s'est déroulé en présence de l'ancienne associée et amie de l'assuré. Dans son rapport du 31 mars 2015, l'enquêtrice a indiqué que l'amie s'occupait de l'assuré six à sept jours par semaine. Elle vivait en France et rentrait chaque soir chez elle. En lien avec les troubles neurologiques, l'assuré avait besoin d'aide pour préparer ses vêtements et pour s'assurer de les changer lorsqu'ils étaient sales. En lien avec l'héminégligence et l'hémianopsie, il nécessitait de l'aide pour couper certains aliments comme la viande et certains légumes. Il n'avait pas besoin d'une aide pour se laver, se doucher et se raser. Il avait parfois besoin d'une aide pour tailler correctement sa moustache sur le côté gauche, mais cette aide n'était ni importante, ni quotidienne. Il se déplaçait seul dans l'appartement, mais avait besoin d'une aide pour se déplacer à l'extérieur. En effet, en lien avec l'hémianopsie, il n'évaluait pas les dangers et se heurtait à des objets ou à des personnes. Il présentait alors un risque important de chute. En outre, en lien avec l'hémianopsie, les troubles attentionnels et l'héminégligence gauche, il ne pouvait pas prendre seul les transports publics. Il avait également besoin d'une aide pour entretenir des contacts sociaux en raison des troubles de la concentration et des difficultés de lecture qui le fatiguaient. Les sorties le fatiguaient également. Cet acte était pris en compte dans l'accompagnement. S'agissant de l'accompagnement durable, l'assuré structurait ses journées avec l'aide de l'amie. Il était vite

---

déstabilisé par les imprévus. En raison des troubles exécutifs, il ne pensait pas à faire le ménage qui était assumé par l'amie. Il n'était plus capable de gérer ses courses et ses repas. L'amie maintenait des horaires plus ou moins fixes pour les repas afin de structurer la journée. Si elle devait s'absenter, elle préparait à manger à l'avance et devait téléphoner à l'assuré pour lui rappeler de se mettre à table. En raison des troubles attentionnels et du calcul, l'assuré était empêché de gérer ses factures et les démarches administratives. L'amie l'emmenait en voiture à tous ses rendez-vous. L'état de santé de l'assuré nécessitait des soins permanents. L'enquêtrice a conclu au besoin d'une aide régulière et importante pour trois actes ordinaires de la vie dès mai 2013 (se vêtir, couper les aliments et se déplacer à l'extérieur), ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (aide permettant de vivre de manière indépendante et accompagnement pour les activités ainsi que les contacts hors du domicile). Elle a suggéré de reconnaître une impotence de degré moyen dès mai 2014, après l'année de carence.

15. Par décision du 23 avril 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le mois de mai 2014. En l'absence de recours, cette décision est entrée en force.
16. Par décision du 11 juin 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une allocation pour impotence de degré moyen à domicile de CHF 1'175.- dès le 1<sup>er</sup> mai 2014. Il a retenu que selon l'enquête à domicile du 26 mars 2015, il avait besoin d'une aide importante et régulière pour accomplir trois actes ordinaires de la vie depuis le mois de mai 2013, à savoir se vêtir, couper les aliments et se déplacer à l'extérieur. Il avait également besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. En l'absence de recours, cette décision est entrée en force.
17. Le 22 mai 2015, l'assuré a déposé une demande de contribution d'assistance auprès de l'OAI. Dans le formulaire relatif à la description du besoin d'aide rempli le 30 mai 2015, s'agissant des actes ordinaires de la vie quotidienne, il a indiqué avoir besoin d'une aide de degré 2 pour se vêtir et se dévêtir, manger et boire, ainsi que faire sa toilette. Il avait besoin d'aide deux fois par jour à 8h00 et 20h00 pour la prise des médicaments. Pour le ménage, il avait besoin d'une aide de degré 4, notamment pour les visites médicales. Il avait également besoin d'une aide de degré 4 pour les loisirs et la participation sociale, ainsi que de degré 2 pour la mobilité/sécurité dans le trafic. Il avait besoin d'une surveillance pendant la journée en raison de problèmes très importants du champ visuel pour tout déplacement.
18. Le 29 juillet 2015, l'OAI a procédé à une enquête à domicile dans le cadre de la demande de contribution d'assistance. Selon la note de travail du 30 juillet 2015 de la seconde enquêtrice, le lieu de résidence de l'assuré était un peu particulier, car il s'agissait des locaux qu'il louait depuis plusieurs années pour son activité professionnelle. Ayant fait faillite et reçu un avis d'expulsion, il avait décidé d'ouvrir une entreprise fictive en raison individuelle en juillet 2015 « A\_\_\_\_\_, automobiles » pour démontrer à la propriétaire des locaux qu'il avait bien une activité commerciale et que la mesure d'expulsion ne pouvait pas avoir lieu. Selon

---

les renseignements donnés par l'assuré, l'amie était son associée et non son amie intime, simplement une amie. Ils travaillaient ensemble depuis dix ans. L'amie a indiqué qu'elle venait du lundi au samedi de 7h30 à 20h30/21h00 et le dimanche de 7h30 à 11h00, puis de 20h00 à 21h00. Elle ne percevait pas de compensation financière pour son aide. Comme elle s'occupait entièrement de l'assuré, elle ne pouvait plus travailler. Sa fille lui payait son loyer en France. L'assuré et l'amie vivaient avec la rente d'invalidité de l'assuré de CHF 1502.- par mois et l'allocation pour impotent. L'assuré ne prévoyait pas d'accorder à l'amie une compensation financière pour son aide de plus de quatre-vingt heures par semaine, sauf si la contribution d'assistance lui était accordée, auquel cas il l'engagerait. Depuis le printemps 2015, il avait entamé des démarches pour récupérer son permis de conduire à la suite de l'inaptitude prononcée par les médecins. Il avait passé les examens nécessaires pour apprécier son aptitude à la conduite. Depuis quelque temps, il conduisait à nouveau la voiture, mais seulement en présence de l'amie. Au vu de certaines contradictions apparaissant tant au niveau du domicile que de la relation entre l'assuré et la personne apportant l'aide - étant rappelé que l'assuré ne pouvait pas engager comme assistante une personne avec laquelle il menait une vie de couple -, l'enquêtrice a estimé nécessaire d'instruire ces éléments.

19. Une pré-enquête a été mise en œuvre par l'OAI du 12 au 19 août 2015, ainsi qu'une surveillance physique par ACI investigations du 30 septembre au 10 décembre 2015, afin de pouvoir déterminer la notion de domicile, ainsi qu'un éventuel lien entre l'assuré et l'aide apportée par une tierce personne. Selon les constatations de la pré-enquête et de la surveillance, le domicile de l'assuré était le même que celui de son entreprise individuelle. Durant la période du 12 août au 19 août 2015, l'assuré avait été observé à deux reprises à l'extérieur de son logement, sans gêne particulière. Il avait conduit une moto ainsi qu'un véhicule automobile, sans la présence de l'amie à ses côtés. Les heures de présence de celle-ci au domicile n'étaient pas du tout en adéquation avec les renseignements que l'amie avait donnés à l'infirmière.
20. Lors de l'entretien du 2 février 2016 à l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il avait tendance à se taper un peu partout parce qu'il ne voyait pas très bien (cadre de porte). Il avait souvent des pertes d'équilibre lorsqu'il se déplaçait. Après avoir passé des tests de vue, il pouvait conduire une voiture mais seulement accompagné. Il consultait une fois par semaine un neuro-éducateur et une fois par mois la Dresse C\_\_\_\_\_ ainsi que son médecin traitant. Tous les deux jours, il effectuait des séances de physiothérapie pour son bras gauche. Il avait des difficultés à s'habiller notamment à boutonner son pantalon et il mettait sa chemise à l'envers. Outre les prestations de l'assurance-invalidité, il bénéficiait de prestations complémentaires à raison de CHF 900.- par mois. Il possédait un cabanon à Saint-Sixt en France, sans arrivée d'eau et sans électricité. Il a maintenu qu'il avait toujours présenté l'amie comme son associée et qu'elle n'était pas son amie intime. Il la connaissait depuis 2004. Le livret pour étranger de l'amie mentionnait une activité lucrative à la route du

F\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_, car il avait anticipé la réponse de l'OAI concernant la contribution d'assistance. Il ne conduisait qu'en présence de l'amie bien qu'il lui arrivait de conduire seul pour de courts déplacements et lorsqu'il connaissait le trajet. Après avoir été informé par l'OAI des constatations de la pré-enquête et de la surveillance, l'assuré a expliqué que les déplacements en véhicule ou en moto consistaient uniquement en déplacements obligatoires et convocations chez le médecin. Il ne pouvait pas conduire plus de deux cents kilomètres en véhicule, ce qui représentait une heure et demi de concentration par jour. L'autorisation de conduire lui avait été délivrée par la Dresse C\_\_\_\_\_. Il a également expliqué que son lieu de vie était bien à la route du F\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_, au Lignon. La propriétaire avait reconnu et accepté qu'il dorme sur place. Etant donné que l'amie partait très tôt de son domicile en France, il était logique qu'elle arrivât tôt au domicile de l'assuré.

21. Par décision du 29 février 2016, l'OAI a suspendu avec effet immédiat le versement de l'allocation pour impotent et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Suite à la mise en place de l'observation, il existait des doutes sur le bienfondé de ladite allocation, de sorte que des mesures d'investigation supplémentaires étaient en cours. Sur le fond, la procédure de révision du droit à l'allocation pour impotent se poursuivait. A l'issue de cette instruction, l'OAI serait à même de déterminer si l'allocation pour impotent devait être maintenue.
22. Dans un rapport du 4 mars 2016 adressé à l'OAI, la Dresse C\_\_\_\_\_ a rappelé l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis mai 2013 en précisant que la première crise épileptique symptomatique du 3 janvier 2014, puis la récurrence sous traitement du 17 mai 2014 avaient ralenti l'évolution. Puis, sous suivi serré de neuroéducation et neuropsychologique, elle avait observé au fil des mois des progrès qui étaient toujours en cours mais plus lents. Au fil de mois, en parallèle avec les progrès cliniques, elle avait noté une amélioration de l'observance thérapeutique, qui était actuellement bonne. L'accompagnement de l'amie contribuait à maintenir l'observance thérapeutique. La quadranopsie inférieure gauche était bien compensée en général. Il pouvait toutefois arriver que l'assuré se cognât dans une embrasure de porte à gauche. L'héminégligence gauche était peu notoire. L'hémisyndrome moteur gauche pouvait se traduire par une maladresse de la main gauche, une boiterie du membre inférieur gauche, ainsi que des douleurs de la musculature jambière en cas de sollicitation modérée (marche sur une certaine distance) et de l'épaule gauche qui par période pouvaient être limitantes; dans ces circonstances, l'assuré nécessitait une aide pour enfiler sa manche gauche. La gestion des émotions (colère, irritabilité) était améliorée, mais, en situation de stress ou de contradiction, les émotions pouvaient être exacerbées, à tel point que l'assuré pouvait ne plus être fonctionnel. Il persistait un léger ralentissement mental. Depuis le 8 mai 2015, l'assuré avait été autorisé à reprendre la conduite automobile, en l'absence de contre-indications sur les plans visuel et épileptique, ainsi qu'au vu des résultats positifs de l'évaluation de la conduite en contexte. Le rapport de

---

surveillance apportait surtout des éléments concernant les déplacements à l'extérieur qui ne présentaient pas ou peu de difficultés. S'agissant de la marche, une légère boiterie du membre inférieur gauche pouvait apparaître en cas de fatigue, avec des douleurs dans ledit membre sans que cela ne nécessitât de l'aide. L'assuré avait toujours besoin d'aide principalement quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en raison des risques de comportement inadéquat lors de difficultés à gérer sa colère. Concernant l'habillement, il n'était pas exclu qu'il nécessitât encore, en fonction de la pièce de vêtement (fermeture-éclair), une aide légère. En outre, elle avait observé en consultation qu'en fonction de l'importance des douleurs à l'épaule gauche, enfiler une veste pouvait être difficile. Elle n'avait pas la notion que couper les aliments fût difficile actuellement.

23. Dans une note de travail du 19 mai 2016 relative à l'allocation pour impotence, suite au rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 4 mars 2016, la seconde enquêtrice de l'OAI a constaté que l'aide régulière et importante n'était plus nécessaire pour les trois actes ordinaires de la vie quotidienne retenus en mars 2015, soit les actes de « se déplacer », « se vêtir » et « couper les aliments ». En revanche, l'assuré avait besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, mais ce besoin ne semblait ni régulier, ni important. Il restait en suspens le besoin d'aide pour la préparation des vêtements et l'accompagnement. Il convenait que le service médical régional (ci-après : SMR) se déterminât sur le besoin d'aide important et régulier (plus de deux heures par semaine) de l'assuré pour structurer la journée et faire face aux situations quotidiennes.
24. Dans un avis du 24 mai 2016, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin SMR, a considéré qu'il était délicat de se positionner sur les conséquences exactes des séquelles neuropsychologique, de sorte qu'il était nécessaire de demander une expertise neuropsychologique à Monsieur H\_\_\_\_\_, neuropsychologue et psychothérapeute, pour connaître les besoins indispensables d'aide dans les actes de la vie courante.
25. Par communication du 26 mai 2016, l'OAI a informé l'assuré de la nécessité de mettre en œuvre une expertise neuropsychologique, du nom de l'expert et des questions posées. Il lui a accordé un délai pour faire part de ses questions complémentaires et de ses éventuels motifs de récusation.
26. A la suite du recours interjeté le 2 mars 2016 (A/717/2016) contre la décision du 29 février 2016, la chambre de céans a convoqué une audience de comparution personnelle des parties le 1<sup>er</sup> juin 2016. Le recourant a déclaré qu'il était incapable de vivre seul, raison pour laquelle il avait fait une demande d'assistance à domicile. Celle-ci avait déclenché la procédure, car l'allocation pour impotent était déterminante pour l'aide à domicile. Il a déclaré qu'il avait un déséquilibre lorsqu'il était debout, mais pas lorsqu'il était assis. Il demandait à être examiné par un expert pour la marche, parce qu'il voulait lever les doutes de l'OAI. Son cerveau ne reconnaissait pas sa main gauche, il ne la contrôlait pas et tout ce qu'il faisait ou disait nécessitait une très importante concentration qui l'épuisait. L'OAI avait tenu

compte de la face visible de l'iceberg en se fondant sur une vidéo. Or, son problème concernait tous les actes de la vie. Il ne pouvait plus utiliser un téléphone portable, ni un ordinateur et ne pouvait plus lire. Les lignes se chevauchaient. Il ne s'agissait pas d'un problème de vue, mais neurologique.

L'OAI a expliqué que suite à la surveillance, il avait des doutes quant au bienfondé de l'octroi de l'allocation pour impotent de degré moyen, raison pour laquelle le versement avait été suspendu jusqu'à instruction complémentaire sur le fond. Les actes qui avaient été retenus pour l'obtention de l'allocation pour impotent ne semblaient pas aussi limités. Le rapport de surveillance avait été déclenché suite à l'enquête à domicile de la collaboratrice pour examiner les conditions d'octroi d'une contribution d'assistance.

27. Par arrêt du 29 juin 2016 (ATAS/531/2016), la chambre de céans a rejeté le recours. Elle a considéré que les troubles neuropsychologiques et psychiatriques étaient au premier plan et qu'il convenait à ce sujet de privilégier les avis médicaux, respectivement d'interroger les spécialistes. Bien que la surveillance effectuée ne permettait pas à elle seule de tirer des conclusions définitives, les images vidéo étaient toutefois susceptibles, s'agissant de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, d'éveiller un doute sur le plan des limitations somatiques, notamment s'agissant de la mobilité. En l'état actuel du dossier, les prévisions quant à l'issue du litige étaient encore incertaines. Seules des investigations médicales complémentaires, menées sans délai, permettraient de clarifier la question. Par conséquent, l'OAI était fondé à suspendre le versement de l'allocation pour impotent et d'entreprendre une instruction complémentaire avant de statuer sur le droit de l'assuré à l'allocation pour impotent.
28. L'assuré a été examiné par Monsieur H\_\_\_\_\_ les 8 et 21 juillet 2016. Selon le rapport d'expertise du 27 juillet 2016, le bilan neuropsychologique mettait en évidence notamment la persistance d'une quadranopsie inférieure gauche et des signes discrets d'une hémiparésie gauche, un comportement caractérisé par de la désinhibition s'exprimant sous la forme de violence verbale, voire de gestes violents, des déficits visuo-constructifs sévères, des troubles exécutifs en programmation et planification surtout. Il y avait peu de changements sur le plan comportemental par rapport au dernier bilan de septembre 2013, à l'exception de la désinhibition et de la gestion émotionnelle déficiente qui, contrairement à 2013, s'exprimaient maintenant sous la forme de la colère, alors que la familiarité et la jovialité, présentes en 2013, avaient maintenant disparu. La distractibilité et le ralentissement persistaient. Les fonctions exécutives apparaissaient quelque peu améliorées au plan cognitif. Les atteintes, notamment comportementales, étaient suffisamment sévères pour contre-indiquer toute reprise professionnelle. Plus de trois ans après l'AVC, il n'y avait pas d'amélioration du tableau neuropsychologique à espérer et la situation était stable. L'assuré souffrait de troubles neuropsychologiques moyens à graves au sens de la classification de l'association suisse des neuropsychologues qui déterminaient une incapacité de

travail théorique de 70 à 90 %. Il présentait des difficultés à organiser une activité de manière pleinement autonome. Les déficits observés étaient des conséquences de l'AVC de 2013 et n'avaient pas de lien avec la situation économique et sociale de l'assuré. Ce dernier se disait dépendant de son associée pour les gestes de la vie quotidienne. L'expert n'étant pas en mesure d'évaluer cet aspect, un bilan ergothérapeutique était indiqué si un doute persistait.

29. Par courrier du 12 août 2016, l'assuré a demandé la mise en œuvre d'une évaluation ergothérapeutique.
30. Dans un avis du 3 octobre 2016, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'expert neuropsychologue avait très clairement expliqué que l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué depuis le rapport final du SMR du 16 septembre 2014 et que les limitations fonctionnelles étaient toujours les mêmes depuis le dernier bilan de septembre 2013. Au vu de tous les éléments du dossier, il fallait considérer que l'état de santé n'avait pas évolué, mais que l'assuré s'était adapté à son handicap. En effet, d'après son neurologue traitant, il pouvait manger, voire s'habiller de façon simple sans l'aide d'une tierce personne et ceci depuis au moins le mois de mai 2015, date de la reprise de la conduite.
31. Par projet du 8 novembre 2015, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une allocation pour impotent de degré faible et a fait débiter la diminution de ladite allocation au 1<sup>er</sup> février 2016, date à laquelle l'allocation pour impotent avait été suspendue. Il a retenu que l'assuré avait uniquement besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie.
32. Dans sa détermination du 10 novembre 2016 reçue par l'OAI le 28 novembre 2016, l'assuré a contesté qu'il se serait adapté à son handicap. Il a indiqué qu'il cachait ses handicaps par dignité et minimisait son réel état psychologique. S'agissant de l'habillement, il avait beaucoup de mal à exécuter les gestes simples comme enfiler un tee-shirt, passer un « Marcel » sans aide, mettre une chemise et la boutonner sans décaler d'un ou deux boutons. Son cerveau ne reconnaissait pas son bras et sa main gauches. Lors des consultations auprès de la Dresse C\_\_\_\_\_, leur discussion portait surtout sur son état de santé physique ainsi que psychologique et il ne lui précisait pas qu'il n'arrivait toujours pas à couper sa viande. Il continuait à avoir des difficultés pour couper la viande, ôter le gras de la viande, la peau et le gras du poulet, désosser le morceau de viande. Lorsqu'il devait coordonner sa main gauche tenant la fourchette avec sa main droite qui maniait le couteau, il lui arrivait très souvent de mettre sa fourchette à l'envers pour piquer la viande, raison pour laquelle l'amie lui coupait la viande. Il avait besoin d'aide pour la prise de médicaments, les repas, se laver, se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur du logement, ainsi qu'entretenir des contacts sociaux. Il ne pouvait pas vivre seul de manière indépendante et pérenne sans l'accompagnement d'une tierce personne.
33. Par décision du 19 janvier 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> février 2016. Il a considéré que les objections

formulées le 10 novembre 2016 ne lui permettaient pas de modifier son projet de décision.

34. Par acte du 27 janvier 2017, l'assuré a recouru contre ladite décision par devant la chambre de céans. Il a repris les arguments développés dans sa détermination du 10 novembre 2016. Il a contesté la réduction de l'allocation pour impotent et a persisté dans sa demande de bilan ergothérapeutique et d'examen orthopédique.
35. Dans sa réponse du 13 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Compte tenu des éléments apportés dans le cadre de l'instruction, il convenait d'admettre que le recourant n'avait plus besoin d'une aide régulière et importante pour se vêtir ou manger, mais uniquement d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Un examen complémentaire sur le plan médical ne se justifiait pas dès lors que les mesures probatoires requises n'étaient pas susceptibles de modifier l'appréciation des preuves à laquelle il avait procédé.
36. Dans sa réplique du 20 mars 2017, le recourant a précisé qu'il avait été hospitalisé à la clinique genevoise de Montana du 15 au 28 février 2017 et qu'il avait été assisté durant toute cette période pour le lever et le coucher, la prise de médicaments, la toilette, l'habillement et les repas avec une nourriture pré-coupée. Les séances de physiothérapie basées sur l'équilibre et la coordination s'étaient avérées désastreuses. Toutes les sorties avaient été accompagnées par des tiers en raison d'un déséquilibre permanent accentué par l'absence neurologique de son bras gauche et les acouphènes. L'impossibilité de coordination des mains gauche et droite nécessitaient une surveillance accrue, ainsi qu'une assistance pour enlever et remettre ses prothèses dentaires, respectivement le brossage des dents. Le rapport de la clinique genevoise de Montana établissait la preuve de son impotence grave et irréversible depuis son AVC en mai 2013.

L'assuré a produit dans la procédure diverses pièces, notamment un certificat médical établi le 28 février 2017 par la clinique genevoise de Montana attestant son séjour du 15 au 28 février 2017, un listing informatique à l'entête des HUG et concernant la situation clinique d'admission du recourant le 15 février 2017, une attestation du docteur I\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, datée du 7 mars 2017, une attestation de Madame J\_\_\_\_\_ datée du 1<sup>er</sup> mars 2017 (ci-après : le questionnaire).

- Selon le listing informatique des HUG, la situation clinique du recourant à l'admission faisait état notamment d'une perturbation de la mobilité, de risques de chutes suite à son AVC, d'une hémiparésie, d'une aide partielle pour s'habiller et se déshabiller, de difficultés pour les soins d'hygiène et d'un équilibre précaire lors de la station debout. L'objectif de l'hospitalisation était de bénéficier de physiothérapie et d'ergothérapie.

- L'attestation du Dr K\_\_\_\_\_ relevait les difficultés du recourant à enlever et mettre ses prothèse dentaires partielles suite à son AVC en 2013 en raison d'un manque de coordination.

- Selon l'attestation de la pensionnaire qui avait été hospitalisée à la clinique genevoise de Montana durant la même période que le recourant, elle avait aidé celui-ci de façon spontanée pour l'habillement et avait surveillé sa toilette, y compris le séchage des cheveux. Lors des repas, elle avait préparé l'assiette du recourant dont tous les aliments avaient été coupés préalablement par la cuisine, ainsi que ses tartines, versé à boire et distribué la serviette de table. Elle l'avait accompagné lors de la marche en le tenant par le bras pour éviter le risque de chutes et maintenir son équilibre.

37. Dans sa duplique du 10 avril 2017, l'intimé a rappelé que seuls pouvaient être retenus les faits existant au moment de la décision litigieuse, soit en l'occurrence le 19 janvier 2017. Par conséquent, les pièces produites par le recourant n'étaient pas susceptibles de modifier sa position. Il a persisté intégralement dans ses conclusions.
38. Le 12 avril 2017, la chambre de céans a transmis cette écriture au recourant et, sur quoi, a gardé la cause 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<sup>er</sup> 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications du 18 mars 2011 (révision 6a) de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 entraînent la modification de dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Il en va de même des modifications du 19 septembre 2014 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1

---

consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard du droit en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 pour la LAI et du 1<sup>er</sup> janvier 2015 pour le RAI (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.

5. Est litigieuse la question de savoir si l'intimé était en droit de remplacer l'allocation pour impotent de degré moyen allouée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> mai 2014 par une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> février 2016 dans le cadre d'une procédure de révision.
6. a) En vertu de l'art. 42 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42<sup>bis</sup>, al. 5, est réservé (al. 3).

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

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 nécessité, 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).

Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42 al. 3 LAI existe 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 (let. a), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b), ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

b) les actes ordinaires de la vie se divisent en six catégories: « se vêtir, se dévêtir », « se lever, s'asseoir, se coucher », « manger », « faire sa toilette », « aller aux w.-c. » et « se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur, établir des contacts sociaux avec l'entourage » (cf. ATF 127 V 94 consid. 3c; ATF 124 II 247 consid. 4c; ATF 121 V 90 consid. 3a). 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.1 in: SVR 2014 IV n° 14 p. 55 et 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.2).

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); 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). En ce qui concerne l'acte de se vêtir, lorsque l'assuré peut accomplir seul cet acte ordinaire de la vie, mais qu'il a besoin de l'aide de son épouse pour lui indiquer les vêtements appropriés à la situation météorologique et lui dire de se changer, il convient de considérer que l'assuré a besoin seulement d'une aide indirecte, dès lors que s'il était livré à lui-même, il n'accomplirait pas cet acte ou ne le ferait qu'imparfaitement ou à contretemps. Cela suffit pour admettre qu'il a besoin de l'aide d'autrui pour se vêtir (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_780/2011 du 21 novembre 2011 consid. 3.2.1).

Même si certains actes peuvent être rendus plus difficiles ou ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence dans la mesure où

l'assuré doit faire tout ce que l'on peut raisonnablement exiger de lui (porter des chaussures sans lacet ou des tenues sans bouton) afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (cf. ATF 117 V 146 consid. 2; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2.3 et 8C\_437/2009 consid. 5.4 et 5.5; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 35/88 du 12 décembre 1988 consid. 1c in RCC 1989 p. 288 et I 25/85, op. cit., consid. 2b in RCC 1986 p. 509).

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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 3.4 et 9C\_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b, in RCC 1983 p. 71).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 consid. 9; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 2.2). 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). 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), tenir son ménage (instructions et surveillance/contrôle), conformément au ch. 8050 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité ([CIIAI]; dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2009 [inchangée dans la version en vigueur dès le 1er janvier 2011], dont la conformité à la loi et à la Cst. a été admise [ATF 133 V 450]). 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, op. cit., consid. 3).

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 (ATF 133 V 450 consid. 9; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 3.6 et 9C\_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.2).

c) Selon le chiffre 8010 de la circulaire de l'office fédéral des assurances sociales (OFAS) 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).

S'agissant de l'acte de se vêtir / dévêtir, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut lui-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou une prothèse. Il y a également impotence lorsque l'assuré peut certes s'habiller seul, mais qu'il faut lui préparer ses habits ou contrôler si sa tenue correspond aux conditions météorologiques ou encore qu'il n'ait pas enfilé ses habits à l'envers (ch. 8014 CIIAI).

S'agissant de l'acte de manger, Il n'y a pas d'impotence si l'assuré n'a besoin de l'aide directe d'autrui que pour couper des aliments durs, car de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours et l'assuré n'a donc pas besoin de cette aide de façon régulière ni dans une mesure considérable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_30/2010). En revanche, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut pas du tout se servir d'un couteau (et donc pas même se préparer une tartine, arrêt du Tribunal

---

fédéral 9C\_346/2011). Un régime alimentaire (p. ex. dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence (ch. 8018 CIIAI).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il nécessite en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). 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).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il faut que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle 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 (RCC 1986 p. 510; ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle (ATF 107 V 136) ou qu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (ATF 106 V 153) ou lorsqu'en raison de son état psychique, il ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore lorsque, même avec l'aide d'un tiers, il ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146; ch. 8026 CIIAI).

7. Selon la jurisprudence, le rapport qui détaille les conclusions d'une enquête que l'administration a diligentée au domicile de l'assuré est un moyen approprié pour évaluer l'impotence lorsque la réalisation de cette enquête remplit certaines conditions formelles et ne laisse subsister aucun doute quant aux conséquences des troubles diagnostiqués et au besoin d'aide et d'accompagnement indispensable pour accomplir certains actes et faire face aux nécessités de la vie. En revanche, en cas de doute, le recours aux évaluations médicales peut se révéler nécessaire (cf. ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2; ATF 140 V 543 consid. 3.2.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.3).

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

---

351 consid. 3b/ee; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2).

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). L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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. 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; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

9. La tâche du médecin dans le cadre d'une révision des prestations selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

10. 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).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362

---

consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2).

11. En l'espèce, dans sa décision du 11 juin 2015 entrée en force, l'intimé a reconnu au recourant dès le 1<sup>er</sup> mai 2014 le besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir trois actes ordinaires de la vie, à savoir se vêtir, couper les aliments et se déplacer à l'extérieur, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, à savoir une aide permettant de vivre de manière indépendante, ainsi qu'un accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile.

Cette décision reposait sur le rapport d'enquête à domicile du 31 mars 2015 retenant que le recourant nécessitait une aide en raison des troubles neurologiques pour préparer ses vêtements et s'assurer de les changer lorsqu'ils étaient sales. Il avait également besoin d'une aide en lien avec l'héminégligence et l'hémianopsie pour couper certains aliments comme la viande, ainsi que certains légumes. Lors des déplacements à l'extérieur, il avait besoin d'une aide en raison de l'hémianopsie, car il n'évaluait pas les dangers et se heurtait à des objets ou des personnes. En revanche, il se déplaçait seul dans l'appartement.

A la suite du dépôt par le recourant d'une demande de contribution d'assistance le 22 mai 2015, et de l'enquête à domicile du 29 juillet 2015, l'intimé a mis en œuvre une pré-enquête du 12 au 19 août 2015, ainsi qu'une surveillance physique du 30 septembre au 10 décembre 2015, lors desquelles il a été constaté que le recourant conduisait sa voiture et sa moto. L'intimé a alors initié une procédure de révision de l'allocation pour impotent et a suspendu le versement de ladite allocation de degré moyen avec effet immédiat par décision du 29 février 2016, confirmée par arrêt de la chambre de céans du 29 juin 2016.

12. a) Dans le cadre de la procédure de révision, les parties s'accordent sur le fait que le recourant présente encore un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Le recourant allègue qu'il présente également un besoin d'aide de façon régulière et importante pour la prise de médicaments, pour s'habiller, pour couper la viande, pour se laver, pour se déplacer à l'intérieur et l'extérieur du logement en raison de ses problèmes de vue et de pertes d'équilibre, ainsi que pour entretenir des contacts sociaux.

L'intimé considère que le recourant peut se déplacer, manger et s'habiller sans l'aide régulière et importante d'une tierce personne depuis la reprise de la conduite d'un véhicule en mai 2015.

b) Selon le rapport d'expertise neuropsychologique du 27 juillet 2016, le recourant continue à présenter une quadranopsie inférieure gauche, des déficits visuo-constructifs sévères, des troubles exécutifs en programmation et planification surtout, un comportement caractérisé par la désinhibition avec manifestations de

violence verbale, voire de gestes violents, enfin des signes discrets d'une hémignégligence gauche. Par rapport au bilan neuropsychologique de septembre 2013, il y a peu de changements sur le plan comportemental. S'agissant des actes de la vie quotidienne, l'expert expose qu'il n'est pas en mesure d'évaluer cet aspect et qu'un bilan ergothérapeutique est indiqué si un doute persiste.

Dans son rapport du 4 mars 2016, la Dresse C\_\_\_\_\_ indique que la quadranopsie inférieure gauche est bien compensée en général, mais il peut arriver que le recourant se cogne dans une embrasure de porte à gauche. L'hémignégligence est peu notoire. L'hémisyndrome gauche peut se traduire notamment par une maladresse de la main gauche et des douleurs de l'épaule gauche, soit des circonstances qui nécessitent une aide pour enfiler la manche gauche. Il n'est pas exclu qu'en fonction de la pièce de vêtement (fermeture-éclair), le recourant nécessite une aide légère. Depuis le 8 mai 2015, ce dernier a été autorisé à reprendre la conduite d'un véhicule en l'absence de contre-indications sur le plan visuel et épileptique. Les déplacements à l'extérieur ne présentent pas ou peu de difficultés. Le recourant nécessite toujours de l'aide principalement quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en raison des risques de comportement inadéquat lors des difficultés à gérer sa colère. La Dresse C\_\_\_\_\_ n'a pas connaissance actuellement que le recourant présente des difficultés pour couper les aliments.

Sur la base de ce rapport, l'enquêtrice considère dans sa note de travail du 19 mai 2016 que le recourant ne nécessite plus d'aide régulière et importante pour se déplacer, se vêtir et couper les aliments. En revanche, il reste en suspens le besoin d'aide pour la préparation des vêtements et l'accompagnement.

c) En l'espèce, le rapport d'expertise neuropsychologique a pleine valeur probante dès lors qu'il tient compte du dossier médical, de l'anamnèse, des plaintes du recourant, de son examen clinique, compare le status neuropsychologique actuel avec celui existant lors du précédent bilan et ne contient pas de contradictions, ce que les parties ne contestent pas. Au vu du rapport d'expertise neuropsychologique et du dernier rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_, il ne fait aucun doute que le recourant a besoin d'un accompagnement régulier et important pour faire face aux nécessités de la vie en raison de la persistance d'importants troubles neuropsychologiques qui, sur le plan comportemental, ont peu évolué depuis le premier bilan de septembre 2013. En effet, le recourant continue à présenter une gestion émotionnelle déficiente avec violence verbale et gestes violents en cas de contrariétés. En outre, selon le rapport d'expertise neuropsychologique, il éprouve des troubles exécutifs en programmation et en planification surtout, de sorte que le recourant persiste à avoir besoin d'un accompagnement pour la gestion de ses rendez-vous médicaux et la prise de médicaments.

Les troubles neurologiques n'ayant pas évolué entre les deux bilans neuropsychologiques, le recourant continue à nécessiter une aide pour préparer ses habits et s'assurer de les changer lorsqu'ils sont sales, aide que l'enquêtrice a

retenue dans son rapport du 31 mars 2015 eu égard aux troubles neurologiques. En outre, il a également besoin d'une aide pour mettre et enlever ses prothèses dentaires, ainsi que l'atteste le Dr I\_\_\_\_\_ dans son certificat du 7 mars 2017. A cet égard, contrairement à ce que soutient l'intimé, même si ce certificat est postérieur à la décision litigieuse, il doit être pris en considération par la chambre de céans car il a trait à des faits existant déjà lors de la décision du 19 janvier 2017, en raison de l'absence d'amélioration des troubles neuropsychologiques (cf. ATF 99 V 98 consid. 4). Par conséquent, le recourant a besoin d'une aide régulière et importante pour se vêtir (cf. ch. 8014 CIIAI et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_780/2011, op. cit., consid. 3.2.1).

S'agissant de l'acte de manger, la Dresse C\_\_\_\_\_ n'a pas connaissance de la persistance de difficultés du recourant pour couper la viande. L'enquêtrice avait retenu dans son rapport du 31 mars 2015 un besoin d'aide régulière et importante pour cet acte en raison de l'héminégligence et de l'hémianopsie. Or, selon le rapport de la neurologue traitante du 4 mars 2016, la quadranopsie inférieure gauche est bien compensée en général et l'héminégligence gauche est peu notoire, soit une amélioration qui permet au recourant d'être apte à reconduire un véhicule motorisé depuis le 8 mai 2015. L'attestation du 1<sup>er</sup> mars 2017 de la pensionnaire de la clinique genevoise de Montana en relation avec le séjour du recourant du 15 au 28 février 2017 - que celui-ci a produite avec sa réplique - ne fait pas mention d'un besoin d'aide pour couper les aliments, mais précise que ceux-ci étaient coupés en cuisine au préalable et qu'elle a préparé l'assiette du recourant. Par ailleurs, elle mentionne avoir apporté une aide spontanée au recourant pour beurrer ses tartines, sans qu'il soit possible de déterminer si elle a constaté de simples difficultés ou au contraire une impossibilité à accomplir cet acte, étant relevé que celle-ci n'a jamais été mentionnée auparavant par le recourant. Quoi qu'il en soit, cette attestation n'émane pas d'un médecin, de sorte qu'elle ne rend pas vraisemblable que médicalement le recourant aurait besoin d'une aide pour l'acte de manger.

Quant à l'acte de se déplacer, la Dresse C\_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 4 mars 2016 qu'en raison de la quadranopsie inférieure gauche, il peut arriver que le recourant se cogne dans une embrasure de porte à gauche. Une telle formulation établit que les difficultés de déplacements du recourant à l'intérieur ne sont pas permanentes, ce qui exclut la nécessité d'une aide importante et permanente pour cet acte, étant précisé que dans son rapport du 31 mars 2015, l'enquêtrice n'a pas retenu le besoin d'une telle aide. Dans la mesure où l'intimé admet que le recourant a besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'aide ponctuelle dont il a besoin pour se déplacer à l'intérieur est englobée dans cet accompagnement. Quant aux déplacements à l'extérieur, la neurologue traitante confirme qu'ils ne présentent pas ou peu de difficultés. Au demeurant, le fait que le recourant puisse se rendre seul en moto à ses divers rendez-vous depuis le 8 mai 2015 confirme qu'il n'a effectivement plus besoin d'une aide régulière et importante pour les déplacements à l'extérieur.

---

S'agissant de l'acte de se laver, le recourant allègue qu'il a besoin d'aide. Toutefois, aucun rapport médical ne mentionne la nécessité d'une telle aide pour cet acte, pas plus que le rapport de l'enquêtrice.

En définitive, à la date de la décision initiale d'octroi de l'allocation pour impotent en juin 2015, le recourant avait besoin d'une aide importante et permanente pour se vêtir, couper les aliments et pour se déplacer, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, alors qu'à la date de la décision litigieuse du 19 janvier 2017, il n'a plus besoin d'une telle aide pour couper les aliments et se déplacer. En revanche, il a encore besoin d'une aide importante et permanente pour se vêtir, ainsi que d'un accompagnement régulier et important pour faire face aux nécessités de la vie. Par conséquent, il ne remplit plus les conditions du droit à une allocation pour impotent de degré moyen, faute d'avoir besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (art. 37 al. 2 RAI). En revanche, il remplit les conditions lui permettant d'avoir droit à une allocation pour impotent de degré faible (art. 37 al. 3 RAI).

Dès lors, il ressort de la comparaison de la situation existant à la date de ces deux décisions que même si l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié sensiblement, ses conséquences sur le besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie ont subi un changement important qui modifie son droit aux prestations, respectivement permet une révision de son droit à l'allocation pour impotent au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA.

13. Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans d'ailleurs que cela n'entraîne une violation du principe de la maxime inquisitoire ou une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

En l'espèce, les bilans ergothérapeutique et orthopédique requis par le recourant ont pour but d'établir le besoin d'une aide permanente et importante pour les actes de se déplacer et de manger. Or, le rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 4 mars 2016 contient suffisamment d'éléments médicaux permettant de nier la nécessité d'une telle aide pour ces actes, de sorte que les bilans requis ne sont pas susceptibles de modifier l'appréciation de la chambre de céans et n'ont pas à être ordonnés.

14. Il reste encore à examiner si la modification du droit à l'allocation pour impotent peut prendre effet rétroactivement au 1<sup>er</sup> février 2016, soit dès la suspension du droit à l'indemnité pour impotent de degré moyen par décision du 29 février 2016.
  - a) L'art. 17 LPGA s'applique, par analogie, à la révision des allocations pour impotents (ATF 98 V 100), des contributions pour soins spéciaux (ATF 113 V 17),

---

ainsi que des mesures de réadaptation en général (ATF 113 V 27 consid. 3b et les références) dans la mesure où il s'agit de prestations durables. Les art. 87 ss RAI sont applicables également par analogie à ces prestations, en particulier l'art. 88a RAI relatif à la modification du droit (ATF 113 V 27 consid. 3b).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré, respectivement son impotence s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

En vertu de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 RAI dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 – ici déterminante –, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a); rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner (let. b).

b) En vertu de l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon les cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation.

L'obligation d'annoncer toute modification des circonstances déterminantes est l'expression du principe de la bonne foi entre administration et administré (ATF 140 IV 11 consid. 2.4.5 et les références). Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif; d'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_261/2014 du 8 octobre 2014 consid. 2.2). L'art. 31 LPGA ne dit pas quelles conséquences il faut attacher au fait qu'un assuré viole son obligation (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 5.1.3).

En matière d'assurance-invalidité, l'art. 77 al. 1 RAI précise que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence, ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

---

Dans le cadre de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. b RAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2014, il devait exister un lien de causalité entre la violation de l'obligation d'annoncer et la perception de prestations indues (voir à ce sujet ATF 142 V 259; ATF 119 V 431 consid. 4a; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_601/2016 du 2 novembre 2016 consid. 6.1). Toutefois, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, la suppression ou la diminution de la rente, respectivement de l'allocation pour impotent, a lieu indépendamment de la question de savoir si la violation de l'obligation de renseigner est un motif pour la poursuite du versement des prestations (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_599/2016 du 29 mars 2017 consid. 7.2).

15. En l'espèce, l'intimé a initié une procédure de révision du droit à l'allocation pour impotent à la suite de l'enquête à domicile du 29 juillet 2015 consécutive à la demande de contribution d'assistance, respectivement des constatations faites lors de la pré-enquête mise en œuvre du 12 au 19 août 2015 et de la surveillance exercée du 30 septembre au 10 décembre 2015 permettant de douter d'un besoin d'aide du recourant lors des déplacements à l'extérieur. Lors de l'enquête à domicile, le recourant a déclaré qu'il avait recommencé à conduire sa voiture depuis quelques temps, mais seulement en présence de l'amie. Par décision du 29 février 2016, l'intimé a suspendu le versement de l'allocation pour impotent avec effet immédiat, soit dès le 1<sup>er</sup> février 2016.

Même si le recourant a pu recommencer à conduire seul sa moto depuis le 8 mai 2015 ainsi que la Dresse C\_\_\_\_\_ l'a indiqué dans son rapport du 4 mars 2016, il continue à invoquer le besoin d'aide d'autrui pour se déplacer en voiture et sur des trajets supérieurs à une heure trente. Dans la mesure où il invoque toujours le besoin d'une telle aide pour se déplacer, une violation de son obligation de renseigner à la suite de la reprise de la conduite d'un véhicule ne peut pas lui être reprochée, ce d'autant plus qu'il n'a pas voulu cacher cet élément à l'intimé, mais a, au contraire, sollicité une contribution d'assistance impliquant une nouvelle enquête à domicile et que l'intimé n'invoque pas une telle violation.

Par ailleurs, à la date de la suspension du droit à l'allocation pour impotent de degré moyen, soit le 1<sup>er</sup> février 2016, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant n'avait plus besoin d'aide pour manger. C'est seulement au terme de l'instruction de la procédure de révision initiée par l'intimé qu'il apparaît que le recourant n'a plus besoin d'aide pour manger, soit à la suite de la réception du rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 4 mars 2016, du rapport d'expertise neuropsychologique du 27 juillet 2016 et de l'avis SMR du 3 octobre 2016. En effet, dans ce dernier, le SMR conclut que l'état de santé du recourant n'a pas évolué depuis la première décision mais que celui-ci s'est adapté à son handicap.

A relever que dans un arrêt du 14 juillet 2017 (9C\_806/2016), le Tribunal fédéral a jugé que l'assurance-invalidité n'a pas de base légale suffisamment claire et détaillée pour procéder à des observations sur les assurés soupçonnés d'abus

d'assurance et qu'une telle surveillance viole le droit fondamental au respect de la vie privée et familiale selon l'art. 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), respectivement l'art. 13 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101). Autre est la question de savoir si le matériel recueilli dans le cadre de l'observation illicite peut être utilisé en tant que moyen de preuve dans le cas concret. Pour y répondre, il est nécessaire de faire une pesée d'intérêts entre les intérêts privés de la personne concernée et les intérêts publics. En l'occurrence, il n'est pas nécessaire de procéder à une telle pesée d'intérêts, puisque la révision de l'allocation pour impotent ne repose pas sur les résultats des surveillances mises en œuvre par l'intimé, mais sur des rapports médicaux. Par conséquent, la question de savoir si les rapports de surveillance peuvent être utilisés en tant que moyen de preuve dans le cas du recourant peut rester ouverte.

En définitive, il y a lieu de réviser le droit à l'allocation pour impotent par une diminution de celle-ci, révision qui, au vu de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, prend effet le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 19 janvier 2017 diminuant l'allocation pour impotent. Aussi, l'intimé ne pouvait réviser le droit à l'allocation pour impotent au sens de l'art. 17 LPGA qu'à partir du 1<sup>er</sup> mars 2017.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée. Il sera dit que le recourant a droit à une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> mars 2017.

Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et réforme la décision de l'intimé du 19 janvier 2017 dans le sens que le recourant a droit à une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> mars 2017.
3. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
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