



### **EN FAIT**

1. Madame J \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), est née au Portugal en 1959 et elle y a suivi l'école obligatoire jusqu'à l'âge de 13 ans. Elle est arrivée en Suisse en 1981. L'assurée est mariée et mère de deux enfants, nés en 1981 et en 1991. Elle a travaillé en qualité de femme de ménage et femme de chambre dans un hôtel, chez des particuliers, dans un restaurant et par le biais d'entreprises de travail temporaire. Après une période de chômage partiel entre 1996 et 1998, elle a travaillé comme employée de maison à 50% chez un particulier dès 1999, l'horaire de travail étant de 5 heures par jour et de 5 jours par semaine. Elle a acquis la nationalité suisse en 2003.
2. L'assurée présente des vertiges rotatoires persistants de type syndrome de Ménière ou trouble vestibulaire depuis 1990-1991 environ, apparus lors de sa deuxième grossesse.
3. L'assurée a été en incapacité totale de travailler dès le 8 octobre 2003, en raison de l'aggravation des vertiges, de douleurs à la nuque, de céphalées à caractère migraineux. Elle a été suivie dès le mois de décembre 2003 par la polyclinique de neurologie des HUG. L'amélioration a été progressive. Les examens rhumatologiques, neurologiques et ORL n'ont pas permis d'expliquer les vertiges (rapport du Service de neurologie du 25 septembre 2004). L'assurée présentait un tableau de douleurs chroniques, touchant les quatre membres et le tronc, présentes au repos comme à l'effort, fluctuantes en intensité, accompagnées d'une importante asthénie et de troubles du sommeil, de sorte qu'un diagnostic de fibromyalgie a été retenu. L'examen rhumatologique était normal (rapport du Dr L \_\_\_\_\_, rhumatologue, du 26 mars 2004).
4. Selon les rapports d'expertise du Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, mandaté par l'assurance perte de gain de l'employeur, l'assurée présentait une persistance de vertiges et de céphalées intenses tous les jours, ce qui l'empêchait totalement de travailler. Un état dépressif était relevé à l'examen de janvier 2004. L'assurée présentait une fibromyalgie peu traitée et donc invalidante ainsi qu'un état dépressif réactionnel lié aux douleurs de la fibromyalgie, qui justifierait une expertise psychiatrique (rapports du Dr M \_\_\_\_\_ des 14 janvier 2004, 30 mars 2004 et 13 mai 2004).
5. L'assurée a commencé un traitement psychiatrique le 18 février 2004. Chaque crise de vertiges et de douleurs provoquait une forte anxiété, et un état dépressif était apparu courant 2003. L'assurée présentait un état dépressivo-anxieux en relation directe avec les crises vertigineuses et la représentation erronée que la patiente s'en faisait (peur de « devenir folle », tristesse, irritabilité, repli sur soi et manque d'intérêt). Sur le plan psychiatrique, le pronostic était bon (rapport de la Dresse N \_\_\_\_\_, psychiatre, du 7 février 2005).

6. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 1<sup>er</sup> décembre 2004, en raisons de maux de tête, de dos et de vertiges.
7. Le diagnostic de maladie de Ménière évoqué a été exclu, en l'absence de pathologie au niveau du système vestibulaire périphérique et de l'aggravation de la symptomatologie suite aux séances de physiothérapie (rapport du Service de neurologie du 17 mai 2005). L'état de santé était stationnaire pour les vertiges, mais s'était amélioré pour les céphalées. Il était envisagé d'adresser la patiente à une consultation spécialisée dans les troubles liés aux instabilités cervicales, à Schaffhouse. Le pronostic était réservé au vu des échecs des divers traitements anti vertigineux tentés. Un travail sans maintien prolongé de positions, ni efforts physiques pourrait améliorer la capacité de travail. Le diagnostic de fibromyalgie était à confirmer avec le médecin-traitant (rapport du Service de neurologie du 22 mars 2005, reçu le 4 mai 2005).
8. Selon le rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique des Drs O \_\_\_\_\_, rhumatologue et P \_\_\_\_\_, psychiatre, auprès du SMR, du 13 août 2007, l'assurée présentait des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis et aucun diagnostic invalidant sur le plan psychiatrique et, sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, des vertiges et une dysthymie. Les limitations fonctionnelles liées au rachis étaient : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. L'assurée était totalement incapable de travailler comme femme de chambre mais présentait une capacité de travail de 100% depuis toujours dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
9. Selon l'enquête économique sur le ménage du 18 janvier 2008, l'assurée présentait d'importants empêchements pour l'alimentation, l'entretien du logement, la lessive et les soins aux enfants et présentait une invalidité de 45,71% dans le ménage. Selon le rapport d'enquête, l'assurée travaillait depuis de nombreuses années à temps partiel, à cause de sa mauvaise santé. Il a donc été décidé de considérer l'assurée comme active à 100%. Le taux d'invalidité a été fixé à 22,4%, puis à 16,9%. S'agissant du revenu avec invalidité, les deux calculs sont fondés sur ESS 2004, TA1, femmes, total, niveau 4, pour 41,6 heures d'activité, à 100%, soit CHF 48'585.-. Le premier calcul retient un abattement de 15% et fixe le salaire d'invalidé à CHF 41'297.-. Le second calcul retient un abattement de 10% et fixe ce salaire à CHF 43'726.-. S'agissant du revenu sans invalidité, le premier calcul est fondé sur le salaire de 2003 (CHF 2'700.- x 12 + CHF 500.- de gratification, soit CHF 32'900.- pour 25 heures par semaine), puis réévalué à 2004 et rapporté à un 100%, soit CHF 53'226.-. Le second calcul est fondé sur un salaire de CHF 2'700.- par mois en 2004 ainsi qu'une gratification de CHF 500.-, soit CHF 32'900.-. Pour un plein temps, ce salaire serait de CHF 51'840.- avec une gratification de CHF 800.-, soit un salaire pour 2004 de CHF 52'640.-.

10. Par projet du 20 juin 2008, confirmé par décision du 26 septembre 2008, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée, y compris les mesures professionnelles puisqu'un degré d'invalidité de moins de 20% était retenu. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.
11. Par pli du 24 avril 2013, l'assurée a annoncé une aggravation de son état de santé, faisant valoir qu'elle ne pouvait plus s'occuper de la lessive, des courses, des repas et du repassage, ni s'habiller et faire sa toilette seule, sans l'aide de son mari. Elle souffrait de douleurs chroniques aux genoux, à la nuque et au dos. A la demande de l'OAI, elle a produit de nombreux rapports médicaux datant de 2003 à 2007, ainsi que des rapports médicaux plus récents. Un canal cervical rétréci étendu de C3 jusqu'à C7 avec réduction des espaces périmédullaires antérieurs sévères à hauteur de C5-C6 et C6-C7 était objectivé (rapport d'IRM du 17 mars 2010). L'assurée présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant (fibromyalgie) et un status post-thyroïdectomie partielle pour carcinome papillaire en 2007. Malgré une symptomatologie compatible avec une fibromyalgie, il fallait rester attentif à la survenue de manifestations radiculaires dans le cadre d'un canal cervical limite et de pratiquer un ENMG en cas de recrudescence des symptômes au niveau des membres supérieurs (rapport du Centre multidisciplinaire d'études et de traitement de la douleur du 28 juin 2010). L'assurée présentait une aggravation de l'atteinte à sa santé depuis 4 ans, avec des douleurs chroniques de la nuque et du dos, des épaules et des genoux de plus en plus intenses, handicapantes dans les activités de la vie quotidienne (rapport de la Dresse Q \_\_\_\_\_, médecin-traitant, du 11 avril 2013).
12. Le 23 mai 2013, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent. Depuis février 2010, elle avait besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, pour se lever, pour se laver, se coiffer et se baigner, pour se déplacer à l'intérieur, et à l'extérieur. Son mari et son fils effectuaient le repassage, le ménage et la lessive. Selon la Dresse Q \_\_\_\_\_, l'assurée ne pouvait plus s'occuper de son ménage, ni de la lessive et des courses et devait demander l'aide de son mari au niveau de l'habillement et de la toilette, la moitié du temps. Sans sa famille, la patiente aurait besoin de l'aide d'organismes de soins à domicile. Cette situation durait depuis 2007 (rapport du 6 juin 2013).
13. Le gestionnaire du dossier a donné un mandat interne le 18 juin 2013 pour qu'une enquête à domicile soit effectuée afin de déterminer le degré d'impotence. Il a ensuite été demandé au SMR s'il y avait une aggravation de l'état de santé. Le SMR a répondu que, dans la mesure où une enquête pour impotence avait été ordonnée, il convenait de lui présenter le dossier ensuite, pour une évaluation. Selon une note de travail du 24 juin 2013, il ressortait des éléments médicaux du dossier que les critères pour l'octroi d'une allocation pour impotence n'étaient pas remplis, dès lors que le médecin-traitant décrivait un besoin d'aide irrégulier. Pour les droits à la rente, il appartenait au SMR de se prononcer sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé.

14. Par projet du 5 juillet 2013, confirmé par décision du 13 septembre 2013, l'OAI a refusé à l'assurée une allocation pour impotent aux motifs que les investigations avaient démontré que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de 2 heures/semaine en moyenne sur une période de trois mois n'étaient pas prouvés.
15. Par acte du 14 octobre 2013, l'assurée a formé recours contre la décision. Aucune instruction sérieuse n'avait été menée. Le médecin-traitant avait précisé que l'assurée avait besoin d'aide à raison de plus de la moitié du temps, ce qui n'excluait en rien le caractère régulier du besoin d'aide. Il convenait d'annuler la décision et d'ordonner, à titre de mesure d'instruction, une enquête sur place.
16. Par pli du 12 novembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et renvoyé aux pièces du dossier et à la motivation de sa décision.
17. Dans le délai fixé au 5 décembre 2013 pour consulter les pièces du dossier, cas échéant se déterminer, l'assurée ne s'est pas manifestée.
18. 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; RS 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est applicable. Au surplus, les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et 2012 sont applicables.
3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent.
5. a) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1er). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).  
b) 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 (art. 9 LPGA).

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 (art 42 al. 3 LAI).

c) Selon l'art. 37 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), il y a impotence de degré faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie;
- d'une surveillance personnelle permanente;
- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré;
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, c'est-à-dire lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut, en raison d'une atteinte à la santé :
  - vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne,
  - faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne, ou
  - éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (art. 38 al. 1 RAI).

Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 38 al. 2 RAI).

N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1. En particulier, les activités de représentation et d'administration dans le cadre de mesures tutélaires ne sont pas prises en compte (art. 38 al. 3 RAI).

d) Il y a impotence de degré moyen (art. 37 al. 2 RAI) si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (au moins quatre, selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 8009);

- 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

- 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.

e) L'impotence est grave (art. 37 al. 1 RAI) 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.

f) Selon la jurisprudence, les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines:

- se vêtir et se dévêtir;

- se lever, s'asseoir, se coucher;

- manger;

- faire sa toilette (soins du corps);

- aller aux toilettes;

- se déplacer dans l'appartement ou à l'extérieur, établir des contacts (ATF 125 V 303 consid. 4a, 124 II 247 consid. 4c, 121 V 90 consid. 3a et les références).

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Ce principe est en particulier applicable lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité d'accomplir l'acte consistant à aller aux toilettes (ATF 121 V 95 consid. 6c ; ATF 121 V 94 consid. 6b et les références). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et RCC 1986 p. 507; ch. 8013 CIIAI).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ch. 8011 CIIAI; ATF 117 V 146 consid. 2). Il faut cependant 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 (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut

le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI).

g) La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé.

h) Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190, consid. 3b, 1980 p. 64, consid. 4b; voir no 8020). La nécessité de surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (ch. 8035 CIIAI).

i) Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

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).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité 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).

Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

---

Si la personne assurée nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8048 CIIAI).

6. a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel 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 les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). 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 (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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 125 V 351 consid. 3).

c) 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).

7. En l'espèce, l'assurée a sollicité d'une part une allocation pour impotent – objet du présent litige - et, d'autre part, une rente d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus. Il y a manifestement eu une confusion dans les actes d'instruction sollicités par le gestionnaire du dossier. Il faut en effet que le SMR soit saisi pour déterminer – le cas échéant après un examen médical ou une expertise - s'il y a eu aggravation de l'état de santé et si les atteintes à la santé sont invalidantes au sens de l'assurance-invalidité, compte tenu de l'évocation d'un trouble somatoforme douloureux, d'une suspicion de canal cervical étroit qui pourrait expliquer tout ou partie du tableau douloureux et d'autres affections. Par ailleurs, il convient d'ordonner l'enquête d'une infirmière sur place pour déterminer précisément le besoin d'aide de l'assurée pour les actes ordinaires de la vie, tant il est vrai que les éléments du dossier médical ne permettent pas d'exclure un besoin d'aide important (il suffit pour cela que l'assurée ne parvienne plus à accomplir une fonction partielle d'un acte, par exemple entrer dans la baignoire) et régulier (ce qui est le cas si l'assurée a besoin d'aide un jour sur deux ou une partie de la journée, ce qui semble ressortir de l'attestation de son médecin qui mentionne "la moitié du temps", ce d'autant si cette aide peut être fluctuante et dépendante de l'importance des épisodes vertigineux).

La vraisemblance du besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie est d'autant plus importante que l'enquête sur le ménage avait retenu de très importants empêchements dans le ménage. A ce propos, on discerne mal sur quelle base l'OAI a déterminé que l'assurée, sans atteinte à la santé, serait active à 100%, compte tenu des salaires ressortant de ses CI, même avant le début des vertiges en 1991. Il conviendrait donc – pour l'examen de la rente d'invalidité qui excède l'objet du litige – de vérifier auprès des anciens employeurs le taux d'activité de l'assurée avant le début de l'atteinte.

Finally, if a regular and important need for aid for ordinary acts of life was retained by the assessor, the respondent must still examine and motivate the decision concerning the right to an allowance for an impotent person as a function of the health impairments that motivate this need for aid, in particular if they are not judged to be invalidating for the calculation of the rate of invalidity determining the right to a pension.

The instruction of the case and the motivation of the decision are therefore too lacunary for the Chamber of Cassation to rule on the appeal.

8. Thus, the appeal is partially admitted, the decision of 13 September 2013 is annulled and the case is referred to the respondent for complementary instruction in the sense of the considerations.

The insured, having obtained a partial success, is awarded a procedural indemnity of CHF 1'800.-. In addition, the costs are borne by the respondent.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement, annule la décision du 13 septembre 2013 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
3. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de CHF 1'800.- en faveur de la recourante, au titre de dépens.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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