



**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en Suisse le \_\_\_\_\_ 1961, d'origine espagnole, a été atteint dès sa naissance d'une aplasie congénitale du fémur. Il a été suivi dès 1980 par le docteur B\_\_\_\_\_.
2. L'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a mis l'assuré au bénéfice de prestations dès 1970 (mesures médicales et moyens auxiliaires, puis mesures professionnelles).
3. L'assuré a obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) de commerce en 1983 et a été engagé par l'entreprise dans laquelle il avait fait son apprentissage. En 1987, il est devenu mandataire commercial.
4. A compter du 1<sup>er</sup> avril 1994, l'assuré a bénéficié d'une allocation d'impotence de degré faible. A l'époque, il avait besoin de l'aide de son épouse pour mettre ses chaussures, entrer et sortir de la baignoire ; il ne pouvait se lever sans sa prothèse et s'il se déplaçait un court instant, devait demander l'aide de sa femme ; il rencontrait des difficultés à marcher sur un sol en pente, inégal ou glissant et le risque de chute était grand, raison pour laquelle il devait être aidé par un tiers.
5. Le 10 septembre 2003, l'assuré a déplacé sa résidence en France.
6. Informé de cet état de fait, l'OAI, par décision du 7 octobre 2004, a mis un terme au versement de l'allocation pour impotent avec effet à octobre 2003 et exigé le remboursement des prestations versées depuis lors.
7. En avril 2005, l'assuré a fait une chute à la suite de laquelle sont apparues des douleurs invalidantes. Les examens ont montré des troubles dégénératifs étagés et une hernie discale paramédiane.
8. A compter du 1<sup>er</sup> avril 2006, l'assuré a bénéficié d'une rente entière d'invalidité assortie de rentes complémentaires pour ses deux enfants (cf. décision du 20 août 2007).
9. Le 9 avril 2012, l'assuré est revenu vivre à Genève et a demandé, en date du 4 juin 2012, à bénéficier à nouveau d'une allocation pour impotent, vu son retour sur le territoire suisse.
10. Dans le cadre de l'évaluation de son impotence, l'assuré a mentionné avoir besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, ainsi que pour se laver. Il a également mentionné un besoin de soins permanents pour des furoncles au point d'appui de la prothèse. Le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté que les indications données par l'assuré concernant les actes ordinaires de la vie correspondaient à ses constatations.
11. Par décision du 7 décembre 2012, l'OAI a alloué à l'assuré une allocation pour impotent de degré faible à compter d'avril 2012, date de son retour en Suisse.

L'OAI s'est notamment basé sur les conclusions d'une enquête menée au domicile de l'assuré en septembre 2012, à l'issue de laquelle l'infirmière a retenu que l'assuré avait besoin d'aide pour se vêtir (son épouse l'aidait tous les matins pour enfiler sous-vêtements, pantalons, chaussettes et chaussures, mais qu'il parvenait à se dévêtir seul, bien que lentement), ainsi que pour se baigner et se doucher (pour entrer dans la baignoire, car, sans prothèse, le risque de chute était important) ; en revanche, l'assuré était autonome pour se lever, s'asseoir et se coucher, pour manger, pour aller aux toilettes et pour se déplacer (à l'extérieur, il devait faire attention à ne pas glisser).

12. A l'issue d'une révision initiée en octobre 2013, l'OAI, par décision du 6 janvier 2014, a mis un terme au versement de l'allocation pour impotence avec effet au 28 février 2014.

L'OAI a basé sa décision sur les éléments suivants :

- le formulaire rempli par l'assuré, alléguant qu'il n'avait besoin d'aide que pour faire sa toilette (et cochant les cases "non" s'agissant du besoin d'aide pour se vêtir, se dévêtir, se lever, manger, aller aux toilettes et établir des contacts) ;
- la confirmation, le 1er novembre 2013, du Dr C\_\_\_\_\_ ;
- une nouvelle enquête à domicile, le 6 novembre 2013, faisant état du fait que l'assuré indiquait arriver à se vêtir seul bien qu'avec difficultés ; son épouse n'était plus là pour l'aider tous les jours ; l'assuré avait besoin d'aide pour se baigner et se doucher ;
- un courrier de l'assuré du 10 décembre 2013 alléguant, après avoir été informé que l'OAI envisageait de supprimer l'allocation, qu'il ne s'était pas bien expliqué lors de l'enquête et qu'en réalité, il avait également besoin d'aide pour s'habiller et déshabiller ; il s'est trompé en cochant le questionnaire ; par ailleurs, il avait également oublié de mentionner le traitement de ses furoncles.

13. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a rejeté en date du 27 juin 2014 (ATAS/815/2014).

La Cour a admis le besoin d'aide pour se baigner, mais nié celui pour s'habiller ; elle a par ailleurs considéré que les conditions pour retenir un besoin de soins permanents n'étaient pas réalisées, car même si l'intéressé avait besoin d'aide pour soigner ses furoncles, ces soins n'étaient pas apportés chaque jour.

Cet arrêt a été rendu à l'issue d'une instruction ayant permis de réunir notamment les éléments suivants :

- un certificat du Dr B\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2014, confirmant que son patient avait besoin d'aide pour faire sa toilette, mais également pour s'habiller et se déshabiller ; il nécessitait par ailleurs des soins

permanents de jour et parfois même un changement de pansement la nuit (furoncles) ; le médecin mentionnait aussi une aggravation de la situation (spondylarthrite traitée par le Dr C\_\_\_\_\_);

- les renseignements ressortant du registre de l'office cantonal de la population : l'assuré était domicilié en Suisse avec son fils, alors que son épouse était restée domiciliée en France, avec leur fille ;
- une audience de comparution personnelle lors de laquelle l'assuré a notamment expliqué que son épouse passait le soir après son travail à leur domicile commun à Carouge, en fonction de la nécessité de traiter ses furoncles et pour l'aider à sa toilette, environ trois fois par semaine ; son fils l'aidait à enfiler les vêtements du bas (chaussettes, pantalon et chaussures) matin et soir ;
- l'audition de l'épouse et du fils de l'assuré, qui ont confirmé ses dires ;
- l'audition de l'infirmière ayant procédé aux enquêtes de septembre 2012 et novembre 2013, expliquant qu'elle s'était basée sur les déclarations de l'assuré, étant précisé qu'à l'audience, celui-ci a contesté avoir déclaré qu'il parvenait à enfiler seul pantalon, chaussettes et chaussures.

14. Le 4 décembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande en invoquant une aggravation de son état de santé. Il a indiqué avoir besoin d'aide pour se vêtir depuis septembre 1982, pour se laver, également depuis septembre 1982 et pour aller aux toilettes (si son pantalon tombe par terre et pour la toilette du bas du corps). Il a également mentionné avoir besoin de soins permanents pour traiter ses furoncles.
15. Le 28 janvier 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a corroboré les dires de son patient. Par courrier du 27 février 2015, il a en outre expliqué que l'aggravation était consécutive à deux chutes survenues en décembre 2014, étant précisé que des vertiges se manifestaient plus fréquemment que par le passé. Le médecin a ajouté qu'il n'y avait pas de changement concernant les actes ordinaires de la vie.
16. Le 4 mai 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a à son tour corroboré les indications données par le patient dans son formulaire de demande d'allocation. Dans un courrier du 19 mai 2015, il a précisé que l'assuré avait fait plusieurs chutes ayant provoqué des fractures de côtes. Il a émis l'avis que l'influence sur les actes ordinaires de la vie des vertiges et des chutes était très importante, les premiers pouvant provoquer les secondes. Le 16 juin 2015, ce même médecin a encore précisé que les actes ordinaires touchés étaient les suivants : se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, se laver et se déplacer.
17. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au SMR, qui a jugé l'aggravation de santé alléguée plausible.

18. Le 8 octobre 2015, un collaborateur de l'OAI a suggéré, vu la complexité du dossier et l'avis du SMR, une enquête à domicile.

19. Le 14 décembre 2015, le SMR a constaté que l'aggravation alléguée (vertiges et chutes) était durable, le traitement n'ayant pas permis d'améliorer les choses.

20. Par décision du 5 janvier 2016, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré.

L'OAI a considéré que les fractures occasionnées par les deux chutes de l'assuré n'avaient constitué qu'une aggravation temporaire.

Quant à l'apparition, depuis décembre 2014, de vertiges et de chutes à répétition, il a estimé que cela n'engendrait pas de besoin d'aide supplémentaire. D'ailleurs, le médecin traitant ne faisait état que de déplacements rendus plus difficiles.

21. Par écriture du 2 février 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en demandant préalablement la mise sur pied d'une enquête à domicile et l'audition de ses médecins traitants, les docteurs D \_\_\_\_\_, B \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_. Quant au fond, il a conclu à ce que le droit à une allocation pour impotent lui soit reconnu.

Le recourant s'étonne que, malgré une note interne du 25 novembre 2015 au dossier, conseillant, vu la complexité du dossier, une enquête à domicile, celle-ci n'ait pas eu lieu.

Il fait valoir qu'il y a bel et bien eu aggravation, puisque ses médecins traitants ont unanimement confirmé son besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie, ainsi que le besoin d'aide pour se vêtir. Il conteste que cette aggravation soit seulement transitoire et fait remarquer qu'elle dure depuis 2014. Il fait remarquer que même le SMR a reconnu une aggravation depuis janvier 2015.

Le recourant soutient que cette nouvelle nécessité d'assistance pour se vêtir est d'autant plus plausible qu'elle est unanimement confirmée par ses médecins et qu'elle n'est pas mise en doute par le SMR.

Il en tire la conclusion qu'il remplit les conditions d'octroi pour une allocation pour impotence de degré faible.

22. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 1er mars 2016, a conclu au rejet du recours.

L'intimé explique que s'il a, dans un premier temps, envisagé la mise en œuvre d'une enquête à domicile, il a finalement estimé, au vu des éléments médicaux, qu'une telle enquête n'était pas nécessaire, puisque le SMR avait reconnu que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, avec l'apparition de vertiges et de chutes à répétition depuis décembre 2014. Il a simplement considéré que l'aggravation en question ne justifiait pas le besoin d'aide d'autrui de façon régulière et importante pour l'acte se vêtir / se dévêtir.

23. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 12 mai 2016.

a. Le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie qui suit l'assuré depuis 2006, a qualifié la situation de stable, sans aggravation, en soulignant l'importance de l'impotence.

Il a expliqué que l'atteinte se traduit par une gêne fonctionnelle importante dans tous les gestes de la vie courante, de manutention, de courses, etc. et a confirmé le besoin d'aide de son patient pour s'habiller.

b. Le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie qui suit l'assuré depuis toujours a expliqué que l'infirmité congénitale grave dont souffre son patient entraîne, au fil des ans, des conséquences : problèmes de dos aggravés par sa démarche, prise de poids, en raison de l'incapacité à effectuer une activité physique régulière, etc. En particulier, le médecin a fait état d'une aggravation sous la forme de l'apparition d'une atteinte inflammatoire du ressort du rhumatologue. Le témoin a émis l'avis que l'assuré avait sans doute besoin d'aide pour enfiler sa prothèse et faire sa toilette. Il a précisé que ce besoin d'aide est présent depuis toujours ; les difficultés pour s'habiller n'ont pas augmenté dernièrement.

c. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré depuis 2002, il a confirmé l'apparition des vertiges il y a un ou deux ans, expliquant qu'ils se manifestent par intermittence et entravent fortement l'assuré dans ses activités quotidiennes, car ils ont pour conséquence des chutes. Lorsqu'ils sont forts, l'assuré ne peut que rester couché.

Le médecin a confirmé au surplus l'existence d'une maladie rhumatismale traitée par le Dr C\_\_\_\_\_, expliquant que cette affection se traduit par une rigidification de la colonne vertébrale, qui entraîne une difficulté à fléchir le corps, et donc à mettre les chaussures ou enfiler un pantalon. Grâce à un traitement efficace, l'état de l'assuré est plus ou moins préservé, mais tend globalement à se péjorer de façon générale.

A la question de savoir si l'assuré avait besoin d'aide pour se rhabiller après une consultation, le médecin a répondu par la négative, en soulignant que ce n'était que parce que l'intéressé ne se déshabille pas complètement ; si tel était le cas, il devrait effectivement l'aider. De façon générale, le témoin a dit avoir constaté au fil des ans une péjoration de la mobilité.

24. Par écriture du 31 mai 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions.
25. Par écriture du 6 juin 2016, l'intimé a fait de même, en relevant que l'aggravation constituée par l'atteinte inflammatoire n'avait pas été corroborée par le rhumatologue. Il a également noté que, selon le Dr B\_\_\_\_\_, les vertiges n'ont pas d'incidence sur l'acte de s'habiller.

## **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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent.

4. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de

---

l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

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 - RS 831.201), 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).

d) 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).

6. a. 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 (arrêt 9C\_633/2012 du 8 janvier 2013; ATFA I 25/85 du 11 juin 1985 consid. 2b, in RCC 1986 p. 509; 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).

b. La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984, p. 371): les soins et la surveillance prévues à l'art. 36 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 la personne.

c. 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). Les soins permanents ou les prestations d'aide médicale ou infirmière comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (ch. 8032 CIIAI, RCC 1980 p. 62).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).
8. En l'espèce, il est admis et non contesté que l'assuré a besoin d'une aide importante et régulière pour se baigner, dans la mesure où il ne peut pas entrer seul dans la baignoire, son épouse lui apportant cette aide à raison de trois fois par semaine en hiver et plus fréquemment en été.

En revanche, comme l'a déjà jugé la Cour de céans par le passé, les conditions pour retenir que l'assuré aurait besoin de soins permanents au sens de la loi ne sont pas réalisées, car même s'il a besoin de l'aide de son épouse pour soigner ses furoncles, ces soins ne sont pas apportés chaque jour durant toute l'année.

S'agissant du besoin d'aide pour s'habiller, il convient en premier lieu de relever que l'assuré a déclaré, en remplissant le formulaire de nouvelle demande, que ce besoin existait depuis septembre 1982, admettant ainsi implicitement qu'il n'y a pas eu aggravation de la situation concernant l'accomplissement de cet acte dernièrement, ce qu'a d'ailleurs expressément admis le Dr B\_\_\_\_\_ à plusieurs reprises, d'abord dans son courrier du 27 février 2015, puis lors de son audition par la Cour de céans. Or, à l'époque de la dernière décision, il est ressorti clairement des déclarations de

l'épouse de l'assuré que ce dernier était en mesure, avec difficultés certes, de s'habiller et de se déshabiller seul. Il arrivait certes à son fils de l'aider, mais en tout cas pas tous les soirs et tous les matins. La Cour de céans avait considéré que, dans ces circonstances, si l'assuré était en mesure, avec difficultés et lentement, d'enfiler chaussettes, pantalon et chaussures, ce que son épouse avait confirmé, le besoin d'aide pour cet acte ne pouvait être retenu selon la loi, même si l'aide d'un tiers rendait l'acte plus aisé et plus rapide. Or, ainsi que cela ressort des déclarations du Dr B\_\_\_\_\_, la situation n'a guère évolué depuis lors.

Certes, le Dr D\_\_\_\_\_ a soutenu que les vertiges avaient des répercussions puisqu'ils augmentaient le risque de chutes. Cependant, on ne saurait conclure que cette aggravation objective de l'état de santé a entraîné le besoin régulier et important d'aide pour l'habillement, car le Dr B\_\_\_\_\_ a clairement indiqué en audience que les difficultés de son patient pour s'habiller n'avaient pas augmenté dernièrement. Quant à l'affection rhumatismale et ses conséquences sur cet acte précis évoquées par le médecin-traitant, force est de constater qu'elles n'ont pas été corroborées par le spécialiste.

Ainsi, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que s'il y a bien eu aggravation de l'état de l'assuré, celle-ci n'a pas eu pour conséquence le besoin d'une aide importante et régulière pour se vêtir et se dévêtir. Dans la mesure où l'assuré n'a besoin d'une telle aide que pour un acte ordinaire de la vie, c'est à juste titre que l'OAI a rejeté sa nouvelle demande visant à l'octroi d'une allocation d'impotence légère.

9. Le recours, mal fondé, est rejeté.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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