



**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (l'assuré), originaire de Guinée, né le \_\_\_\_\_ 1983, marié depuis 2009, père de trois enfants nés en 2007, 2010 et 2012, est entré en Suisse en juillet 2002 et a été titulaire d'un Livret F, puis B humanitaire dès le 9 avril 2008.
2. Un rapport d'angiographie fluorescéinique de la clinique et policlinique d'ophtalmologie des HUG du 29 novembre 2002 atteste chez l'assuré d'une atteinte maculaire bilatérale.
3. L'assuré a une formation de peintre en bâtiment et a exercé depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006 comme garçon d'office pour le B\_\_\_\_\_ à Genève. Selon l'extrait de son compte individuel, il a cotisé depuis juin 2006 pour l'emploi précité.
4. Le 23 novembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (moyens auxiliaires), en raison d'une maculopathie bilatérale et neuropathie optique bilatérale.
5. Le 6 février 2008, l'assuré, représenté par le Centre d'information et de réadaptation, Association pour le bien des aveugles et malvoyants (ABA), a requis de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) une allocation pour impotence de degré faible. Il a mentionné que depuis 2006, des amis le rasaient chaque semaine et qu'il ne sortait pas dans des endroits inconnus ou sombres et avait de la difficulté à reconnaître les visages.
6. La consultation neuro-ophtalmologique a rendu plusieurs rapports les 25 novembre 2003, 29 juin 2004, 29 octobre 2004, 11 juillet 2005, 20 février 2006 et 30 janvier 2008 :
  - a. Le 25 novembre 2003, une acuité visuelle OD : numérotation digitale à trois mètres et OG : 0,1 sans correction non améliorable a été mentionnée. L'assuré présentait actuellement une aggravation de sa symptomatologie progressive depuis trois ans, avec une baisse de la vision de l'OD depuis quelques semaines. L'assuré était en Suisse depuis une année et demie.
  - b. Le 29 juin 2004, il est mentionné que l'assuré présente une baisse de vision progressive bilatérale importante depuis trois ans. Acuité visuelle OD : numérotation difficile à quatre mètres et OG : 0,1 sans correction.
  - c. Le 29 octobre 2004, une acuité visuelle OD : numérotation digitale à trois mètres et OG : 0,1, sans correction a été mentionnée.
  - d. Le 11 juillet 2005, il est mentionné que le status ophtalmologique est strictement superposable à l'examen d'octobre 2004. Acuité visuelle OP : perception lumineuse, voit très difficilement un mouvement de la main. OG : 0,05.

- e. Le 20 février 2006, il est mentionné que l'atteinte dégénérative et progressive bilatérale entraîne une sévère malvoyance. Acuité visuelle OD : mouvement de la main sans correction. OG : 0,04 sans correction.
  - f. Le 30 janvier 2008, il est mentionné que la situation ophtalmologique est stable et que l'acuité visuelle ne s'est pas détériorée depuis février 2006 OD : numérotation digitale à 30 cm et OG : 0,05 sans correction.
7. Les 5 mars 2008, la Dresse C\_\_\_\_\_, ophtalmologue, a rempli une feuille annexe pour les personnes impotentes de l'AI en posant le diagnostic de maculopathie dégénérative depuis 2000, atrophie optique et syndrome de Brown Séquard. L'assuré travaillait dans une entreprise de nettoyage. L'activité était encore un peu exigible, avec un rendement réduit. Il pouvait se déplacer comme un malvoyant (-0,1 de vision).
  8. Le 18 mars 2008, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté « ddo : 0,1 en cherchant » et indiqué qu'elle ne disposait pas de la vision en 2002.
  9. Le 3 avril 2008, l'assuré, représenté par l'ABA, a requis de l'OAI l'octroi de moyens auxiliaires (appareil de lecture de type Clearview Spectrum et verres filtrants de type Zeiss 9).
  10. Par communication du 7 avril 2008, l'OAI a pris en charge les frais de remise et prêt d'un système de lecture OPTELEC ClearView TFT 19" FP B.
  11. Le 7 avril 2008, le Dr D\_\_\_\_\_ du service médical régional (ci-après SMR) a estimé que l'atteinte remontait à 2001, selon le rapport des HUG du 29 juin 2004, et que la malvoyance était prouvée depuis juin 2004.
  12. Par communication des 7 et 8 avril 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré un appareil de lecture et des verres filtrants.
  13. Par projet de décision du 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré d'allocation pour impotent au motif qu'à la date de son entrée en Suisse, en juillet 2002 celui-ci ne réunissait pas les conditions du droit à une allocation pour impotent, la baisse de vision bilatérale étant présente depuis 2001.
  14. Par décision du 8 septembre 2008, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assuré au motif que celui-ci ne justifiait pas d'une année entière de cotisations, l'impotence étant survenu depuis 2001 et l'assuré séjournant en Suisse depuis juillet 2002.
  15. Le 27 septembre 2010, l'assuré, représenté par l'Association pour le bien des aveugles et malvoyants (ABA), a déposé une demande d'allocations pour impotent au motif qu'il était gravement malvoyant depuis 2007. Dans les données relatives à l'impotence, il a mentionné qu'il demandait de l'aide à un ami pour se raser depuis 2009, que depuis 2008, qu'il avait besoin d'aide pour les lieux inconnus et sombres et qu'il ne reconnaissait pas les visages la nuit ou quand il faisait sombre, qu'enfin

un accompagnant était nécessaire quand il ne connaissait pas les lieux et quand il faisait sombre.

16. Le 11 octobre 2010, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, a attesté qu'il suivait l'assuré depuis le 4 octobre 2010 et que celui-ci était gravement handicapé de la vue depuis au moins 2000. L'acuité visuelle était de 0,08, non améliorable.
17. Par projet de décision du 26 octobre 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière pour l'allocation d'impotence, au vu de la décision de rejet du 8 septembre 2008.
18. Le 25 novembre 2010, l'assuré, représenté par une avocate, s'est opposé au projet de décision de l'OAI du 26 octobre 2010 en relevant qu'il était malvoyant depuis 2001 environ mais que sa situation s'était aggravée au fil du temps.
19. Par décision du 9 décembre 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations.
20. Le 28 janvier 2011, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (cause A/253/2011) en concluant à son annulation, à la constatation de la nullité de la décision du 8 septembre 2008 et à l'octroi, depuis le 1<sup>er</sup> février 2008, subsidiairement depuis le 19 octobre 2010, d'une allocation pour impotence légère en relevant que l'impotence était survenue à fin 2007 au plus tôt.
21. Le 8 avril 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant que le recourant ne remplissait pas les conditions d'assurance en 2002 et qu'il ne les remplissait toujours pas dès lors que l'atteinte remontait à 2001 et qu'il était entré en Suisse en 2002.
22. Le 16 mai 2011, la caisse cantonal genevoise de compensation a transmis, à la demande de la Cour de céans, un extrait du compte individuel de l'assuré selon lequel l'assuré avait travaillé de juin 2006 à 2010 pour le B\_\_\_\_\_ Genève SA.
23. Par arrêt du 14 juin 2011 (ATAS/639/2011), la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assuré, annulé les décisions de l'OAI des 8 septembre 2008 et 9 décembre 2010 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'arrêt relève que L'aggravation de l'état de santé du recourant est attestée par les rapports de la consultation neuro-ophtalmologique constatant en juin 2004 une baisse de vision progressive bilatérale depuis 2001, une situation en juillet 2005 superposable à celle d'octobre 2004 et attestant en février 2006 une sévère malvoyance, confirmée en janvier 2008 ainsi que par le rapport du 5 mai 2008 de la Dresse C\_\_\_\_\_ qui relève une baisse de la vue depuis 2000 et une vision juste suffisante pour se déplacer. Il était possible que le recourant, qui souffre d'une maladie dégénérative atteignant sa vision avant son entrée en Suisse en 2002, ait présenté une aggravation de son état de santé depuis 2001 de telle façon qu'il aurait droit à une allocation pour impotent (art. 42 LAI) postérieurement à juin 2007, soit à l'échéance d'une année entière de cotisations (art. 6 al. 2 LAI). La

chambre de céans a constaté que le dossier médical n'était cependant pas suffisamment instruit et ne permettait en particulier pas d'établir à quel moment l'état de santé du recourant s'était détérioré de telle manière que le recourant, même avec des moyens auxiliaires, aurait besoin de l'aide d'autrui ouvrant droit à prestations au sens de l'art. 37 RAI. En conséquence, la cause était renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

24. Le 6 décembre 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'un état stationnaire en mentionnant une éventuelle aggravation dans le pronostic. Les indications de l'assuré sur son impotence correspondaient à ses propres constatations. L'acuité visuelle des deux yeux était de 0,1 partiel en vision excentrée (numérotation digitale).
25. Le 14 avril 2012, la Dresse F\_\_\_\_\_, médecin associée au service d'ophtalmologie des HUG, a attesté d'atteintes dégénératives et progressives bilatérale du nerf optique et de la région maculaire. Les indications de l'assuré sur son impotence (selon le formulaire de demande du 27 septembre 2010) correspondaient à ses propres constatations. L'état de santé s'était aggravé par rapport à 2008. Une aide pour malvoyant pouvait améliorer l'impotence. L'œil droit et l'œil gauche présentaient une numérotation digitale à 20cm et, s'agissant du visuel, la limitation était la suivante : en monoculaire ddc : îlot temporel de moins de 10% de vision pour chaque œil.
26. Le 18 mai 2012, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait d'une maculopathie et neuropathie bilatérale progressive (2005), que l'état de santé s'était aggravé et qu'une aide visuelle pouvait améliorer l'impotence. L'œil droit et l'œil gauche présentaient une numérotation digitale à 20cm ; il ne restait qu'une zone de vision parapapillaire ddc.
27. Par communication du 1<sup>er</sup> octobre 2012, l'OAI a octroyé des vers filtrants à l'assuré.
28. Le 19 novembre 2012, l'OAI a procédé à une instruction relative à l'allocation pour impotent (visite) et rendu un rapport le 20 novembre 2012. L'assuré travaillait à 100% à la plonge de l'hôtel G\_\_\_\_\_. Il avait besoin de l'aide de son épouse pour préparer ses vêtements, pour couper les aliments, se raser, pour se rendre dans un endroit inconnu. Le droit à une allocation pour impotent de degré faible était ouvert d'office car la baisse de l'acuité visuelle était inférieure à 0,2. Le gestionnaire du dossier devait trancher la question des conditions d'assurance. L'infirmière a coché « non » à la question du besoin d'aide régulière et importante pour tous les actes ordinaires.
29. Par projet de décision du 19 décembre 2012, l'OAI a rejeté la demande pour une allocation pour impotent au motif que selon l'enquête du 19 novembre 2012, seule la malvoyance était handicapante, ce qui n'influçait pas le besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne. Par ailleurs, l'assuré ne remplissait toujours pas les conditions d'assurance, la survenance de l'impotence étant fixée à 2001.

30. Le 28 janvier 2013, l'assuré, représenté par une avocate, a contesté le projet de décision de l'OAI du 19 décembre 2012 en faisant valoir qu'il avait besoin de l'aide d'autrui pour quatre des six actes ordinaires de la vie, soit se raser, se déplacer à l'extérieur et établir des contacts avec l'entourage, pour se vêtir et préparer ses vêtements et pour couper ses aliments : l'aide était quotidienne, donc régulière : elle était aussi importante. En toute hypothèse, il devait être considéré comme impotent faible puisqu'il présentait une acuité visuelle bilatérale inférieure à 0,2. Ces derniers temps il requérait l'aide de son assistante sociale et de ses amis, son épouse étant enceinte d'un troisième enfant.
31. Le 3 avril 2013, la Doctoresse H\_\_\_\_\_ du Service médical régional pour la suisse romande (ci-après : SMR) a rendu un avis selon lequel le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 6 décembre 2011 et celui des HUG du 14 avril 2012 ne permettaient pas de définir depuis quand l'assuré présentait une diminution de son activité visuelle telle qu'elle ouvrait le droit à une rente d'allocation pour impotent. L'enquête n'aidait pas non plus. Il convenait de demander aux médecins ayant suivi l'assuré depuis 2001 une copie de leur dossier.
32. Par décision du 24 avril 2013, l'OAI a rejeté la requête d'assistance juridique de l'assuré.
33. Par arrêt du 2 septembre 2013 (ATAS/1633/2013), la chambre de céans a admis le recours de l'assuré interjeté à l'encontre de celle-ci et annulé la décision de l'OAI du 24 avril 2013.
34. Le 5 novembre 2013, la Dresse H\_\_\_\_\_ a constaté que de nouveaux documents médicaux avaient été fournis, soit les rapports de la consultation des HUG des 18 novembre 2003, 28 juin 2004, 21 octobre 2004 et 17 février 2006 et les rapports d'angiographie des 20 novembre 2002 et 20 janvier 2004 ; elle a estimé que l'assuré remplissait les conditions d'une allocation pour impotent de degré léger pour forte faiblesse de la vue depuis au moins novembre 2003, voire même avant, mais aucun élément ne permettait de retenir une date plus précise.
35. Par décision du 18 novembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré au motif que la date de la survenance de l'impotence devait être fixée en 2001 de sorte que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies.
36. Le 18 décembre 2013, l'assuré, représenté par son avocate, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 18 novembre 2013 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une allocation d'impotence moyenne depuis le 1<sup>er</sup> février 2008, subsidiairement d'une allocation d'impotence légère. Il a requis l'audition du Dr E\_\_\_\_\_ et si nécessaire l'ordonnance d'une expertise judiciaire.

Il avait rencontré des problèmes à partir de juin 2007 et avait reçu des moyens auxiliaires en novembre 2007. Il avait besoin de l'aide d'autrui pour se raser, se déplacer à l'extérieur, établir des contacts avec l'entourage, se vêtir, préparer ses vêtements et couper ses aliments. En toute hypothèse, les conditions pour obtenir une impotence faible étaient données (acuité visuelle bilatérale de moins de 0,2).

L'arrêt du 14 juin 2011 avait conclu qu'il remplissait les conditions d'assurance postérieurement à juin 2007, soit à l'échéance d'une année entière de cotisation. Son état de santé s'était aggravé depuis fin 2007 de sorte qu'il avait déposé en février 2008 une demande d'allocation pour impotent. En 2003, il jouait encore dans une équipe de foot sans difficulté. L'OAI n'avait pas instruit la question de l'aggravation de son état de santé depuis 2001 et s'était contenté de dire que la malvoyance était survenue en 2001.

37. Le 27 février 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que la survenance de l'invalidité devait être fixée, au vu des rapports médicaux, à novembre 2003, date à partir de laquelle l'atteinte avait, vu la gravité, objectivement nécessité l'octroi d'une allocation pour impotent. Au moment de la survenance du cas d'assurance, l'assuré ne remplissait pas les conditions d'assurance pour l'ouverture du droit à une allocation pour impotent.
38. Le 25 mars 2014, l'assuré a répliqué en relevant que la question du champ de vision, élément pertinent pour présumer une impotence faible, en plus de l'acuité visuelle, n'avait pas été investiguée. Il n'avait eu besoin d'aide que dès 2008 pour préparer ses vêtements et couper ses aliments. L'OAI se basait sur le seul avis médical de la Dresse H\_\_\_\_\_, laquelle n'était pas ophtalmologue. Les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ avaient confirmé son besoin d'aide depuis 2008-2009.
39. À la demande de la chambre de céans, le Dr I\_\_\_\_\_, chef de clinique au service d'ophtalmologie des HUG, a indiqué le 2 mai 2014 qu'il suivait l'assuré depuis novembre 2002, lequel présentait depuis 2002 une acuité visuelle à distance corrigée bilatérale inférieure à 0,2, qui avait évolué défavorablement ; l'exercice du champ visuel n'était pas faisable ; la vision était moins bonne qu'au début du suivi ; l'assuré nécessitait les services de tiers pour les déplacements en dehors de la maison.
40. Le 5 mai 2014, l'OAI a observé que l'assuré présentait une acuité visuelle inférieure à 0,2 ouvrant, pour autant que les conditions d'assurance soient remplies, un droit à une allocation pour impotent de degré faible. L'enquête impotence du 20 novembre 2012 avait reconnu le besoin pour les actes 4.1.1, 4.1.3, 4.1.4 et 4.1.6 nonobstant ce qui avait été coché pour lesdits actes.
41. À la demande de la chambre de céans, le Dr E\_\_\_\_\_, FMH maladie et chirurgie des yeux, a attesté le 19 mai 2014 qu'il suivait l'assuré depuis le 4 octobre 2010, que celui-ci présentait avant 2010 une acuité visuelle à distance corrigée bilatérale inférieure à 0,2, qui avait diminué, principalement la fonction visuelle, que l'atteinte du champ visuel était massive, que l'assuré chutait fréquemment, qu'il se déplaçait avec une canne pour malvoyant, et que sa fonction visuelle se dégradait progressivement.
42. Le 4 juin 2014, le Dr I\_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré nécessitait les soins de tiers depuis juillet 2005 - date à laquelle l'acuité visuelle de l'œil gauche était inférieure à

0,5 –, et qu'en 2002-2004, il avait une acuité visuelle à 0,1 qui était encore assez pour lui permettre d'avoir une autonomie relative.

43. Le 30 juin 2014, l'assuré a observé que le Dr I\_\_\_\_\_ avait confirmé la dégradation progressive de sa vision, que le Dr E\_\_\_\_\_ avait distingué l'acuité de la fonction visuelle, seule celle-ci étant pertinente dans le cadre de sa maladie, que la péjoration de son acuité et de sa fonction visuelle avait entraîné une limitation progressive dans les actes ordinaires de la vie de sorte qu'il avait droit à une allocation d'impotence dès 2007, que l'OAI ne pouvait se limiter à se référer aux présomptions légales découlant des circulaires, que le médecin du SMR était seulement généraliste. Il requérait dès le 1<sup>er</sup> février 2008 une allocation pour impotence moyenne et, subsidiairement, légère.
44. Le 30 juin 2014, le Dr J\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'à l'évidence, les Drs I\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ confirmaient une atteinte visuelle justifiant une impotence de degré faible, depuis au moins novembre 2003, comme indiqué dans l'avis du 5 novembre 2013.
45. Le 30 juin 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.

### **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. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent, singulièrement sur la question d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'intimé du 8 septembre 2008 ainsi que sur les conditions d'assurance.
4. a) 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.  
b) Selon l'art. 17 LPGA, 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). De même, 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).

c) Selon l'art. 42 al. 1 à 4 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42<sup>bis</sup> est réservé (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). L'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40, al. 1, LAVS, ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29, al. 1 (al. 4).

d) Selon l'art. 42<sup>ter</sup> al. 1 LAI, le degré d'impotence est déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent. Celle-ci est versée individuellement et doit faciliter les choix dans les domaines centraux de la vie. L'allocation mensuelle se monte, lorsque l'impotence est grave, à 80 % du montant maximum de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34, al. 3 et 5, LAVS; elle se monte, lorsque l'impotence est moyenne, à 50 % de ce montant et, lorsqu'elle est faible, à 20 % du même montant. L'allocation est calculée par jour pour les mineurs.

e) Selon l'art. 35 RAI, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées (al. 1). Lorsque, par la suite, le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88<sup>bis</sup> sont applicables. Le droit à l'allocation s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'une des autres conditions de ce droit n'est plus remplie ou au cours duquel le bénéficiaire du droit est décédé (al. 2).

f) Selon l'art. 37 al. 1 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.

Selon l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne, si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie;
- b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou

- c. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.

Selon l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

- 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;
- c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré;
- d. de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou
- e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.

g) Selon l'art. 38 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: a. vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne; b. faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne; ou c. éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (al. 1). 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 (al. 2). 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 des mesures tutélaires au sens des art. 398 à 419 du code civil ne sont pas prises en compte (al. 3).

5. a) Selon le ch. 8010 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI - teneur pertinente en l'espèce, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008), 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)

b) Selon la pratique, on est en présence d'une impotence de degré moyen selon la let. a de l'art. 37 al. 2 RAI lorsque la personne assurée, même dotée de moyens auxiliaires, requiert l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins quatre actes ordinaires de la vie (ch. 8009 CIIAI; ATF 9C 604/2013, consid. 3.1.). 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 p. 148). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 270/80 du 3 novembre 1981, consid. 2b in RCC 1983 p. 73; ATF 9C 604/2013 du 6 décembre 2013).

c) Les conditions de l'art. 37 al. 3 let. d RAI (entretien des contacts sociaux) sont réputées remplies pour les assurés aveugles ou gravement handicapés de la vue (ch. 8065 CIIAI).

On admet qu'il y a grave faiblesse de la vue lorsque l'assuré présente une acuité visuelle à distance corrigée bilatéralement de moins de 0,2 ou lorsqu'il présente une limitation bilatérale du champ visuel à 10 degrés à partir du centre (20 degrés de diamètre horizontal; mesure du champ visuel: Goldmann-Perimeter III/4). S'il existe à la fois une diminution de l'acuité visuelle et une limitation du champ visuel sans que les valeurs limites soient atteintes, on admettra tout de même une grave faiblesse de la vue lorsqu'elle entraîne les mêmes effets qu'une diminution de l'acuité visuelle ou une limitation du champ visuel dans les limites mentionnées (RCC 1982 p. 255). C'est également valable pour d'autres atteintes du champ visuel (par ex. pertes sectorielles ou en croissant, hémianopsies, scotome central) (ch. 8065 CIIAI).

d) Pour évaluer l'impotence des adultes, l'office AI part du critère objectif que constitue l'état de santé de l'assuré. C'est ainsi que l'environnement dans lequel vit l'assuré importe peu, à savoir s'il vit seul ou dans sa famille, dans un home ou non (RCC 1969 p. 575, 1966 p. 485). On ne saurait non plus faire de différence selon que l'assuré peut compter sur l'aide de son conjoint ou de ses enfants ou qu'il doit avoir recours à l'aide de personnes étrangères à la famille pour accomplir les actes ordinaires de la vie (voir cependant ch. 8038) (ch. 8083 CIIAI).

La perte d'une fonction corporelle ou sensorielle ne crée en principe pas d'emblée une présomption d'impotence ouvrant un droit à l'allocation. Il s'agit plutôt d'évaluer l'impotence d'après les normes générales en se fondant sur la situation particulière du cas d'espèce (RCC 1969 p. 702) (ch. 8084 CIIAI).

e) Le droit à une allocation pour impotent prend naissance en principe à l'expiration du délai d'attente d'une année. Cette règle s'applique par analogie avec l'art. 28, al.

---

1, let. b, LAI. Les règles de l'art. 29, al. 1, LAI ne s'appliquent pas ici (9C\_286/2011) (ch. 8092 CIIAI).

Le niveau de l'allocation pour impotent à attribuer sera déterminé d'après le degré d'impotence existant au cours du délai d'attente et suivant l'étendue de l'impotence persistant une fois le délai d'attente écoulé. Il ne peut dès lors y avoir d'impotence grave que si l'assuré a présenté une impotence grave pendant tout le délai d'attente et que cette dernière persistera probablement dans la même mesure (voir ch. 4001 et 4002). En cas de modification de l'impotence pendant le délai d'attente d'une année, il faut établir de manière analogue au calcul de l'incapacité de travail moyenne pour le droit à une rente (ch. 2017 ss) – le degré d'impotence moyen, qui sera déterminant pour le calcul de l'allocation pour impotent au début du droit, en tenant compte des taux d'allocation prévus à l'art. 42ter LAI. Selon cet article, une impotence faible s'élève à 20 %, une impotence moyenne à 50 % et une impotence grave à 80 % (Pratique VSI 1999 p. 252) (ch. 8093 CIIAI).

f) Lorsque, dans un cas particulier au sens des ch. 8057 ss, 1/13 les conditions posées à la reconnaissance de l'impotence sont remplies, il ne sera procédé à une enquête supplémentaire que si une impotence d'un degré plus élevé paraît possible (ch. 8144 CIIAI).

En cas de doute, le SMR établit l'existence d'une impotence en se fondant sur les rapports médicaux ou sur d'autres avis médicaux. Il tranche en particulier sur la nécessité de poursuivre l'instruction du dossier (ch. 8145 CIIAI).

Pour les assurés gravement atteints de la vue, on demandera notamment, lors de la demande de rapport médical, des renseignements sur l'acuité visuelle corrigée, ainsi que sur le genre, les mesures et les conséquences de la limitation du champ visuel (ch. 8146 CIIAI).

6. Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer le degré d'empêchement des assurés dans l'exécution des travaux ménagers. Il a ainsi relevé qu'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, consid. 4; ATF non publié 9C\_406/2008 du 22 juillet 2008, consid. 4.2). Bien que l'enquête dont il est ici question ne porte pas sur les mêmes points, elle est établie de la même manière qu'une enquête ménagère et il convient dès lors d'y appliquer cette jurisprudence par analogie.

7. a) Selon l'art. 6 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 est réservé (al. 1<sup>er</sup>). Lorsqu'une convention de sécurité sociale conclue par la Suisse prévoit que les prestations ne sont à la charge que de l'un des Etats contractants, il n'y a pas de droit à la rente d'invalidité si la législation de l'autre Etat accorde un tel droit du fait de la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays par les ressortissants suisses ou ceux de l'Etat contractant (al. 1bis). Les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Aucune prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse (al. 2).

Ainsi, à l'exception des cas où l'assuré est un ressortissant étranger (art. 6 al. 2 LAI), la loi ne subordonne pas, contrairement à ce qui est le cas en matière de rente d'invalidité (art. 36 al. 1 LAI), l'octroi d'une allocation pour impotent à une durée minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (ATF 9C 1042/2008 du 23 juillet 2009).

b) L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b et références y citées).

Lorsque l'invalidité, qui est préexistante à l'arrivée de l'assuré en Suisse ou au moment où il remplit les conditions relatives aux cotisations ou à la résidence pour bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, a été interrompue ultérieurement de façon notable, il y a lieu d'admettre un nouveau cas d'assurance. Le Tribunal fédéral a expliqué dans un arrêt du 27 juillet 1966 qu'une seule et même cause médicale peut entraîner au cours du temps plusieurs survenances d'invalidité. Le principe de l'unité ne saurait être absolu : il cesse manifestement d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (ATFA 1966 p. 175 ss, p. 179 consid. 4).

8. a) En ce qui concerne la preuve, 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).

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

9. a) En l'espèce, le recourant a présenté dès 2002 une acuité visuelle inférieure à 0,2, au sens du ch. 8065 CIIAI. Ce fait n'est pas contesté. En conséquence, il est présumé, depuis 2002, avoir besoin de services considérables et réguliers de tiers, au sens de l'art. 37 al. 3 let. d RAI. Cependant, cette présomption peut être renversée, l'impotence devant être évaluée d'après les normes générales en se fondant sur la situation particulière du cas d'espèce (ch. 8084 CIIAI).

En l'occurrence, le recourant a indiqué dans sa demande du 27 septembre 2010 qu'il était gravement malvoyant depuis fin 2007, avec un besoin d'aide depuis 2008 pour l'accompagner dans les lieux inconnus et sombres, pour préparer ses vêtements et pour couper ses aliments et, depuis 2009 pour se raser; il a confirmé ces faits dans ses recours des 9 décembre 2010 (A/253/2011) et 12 décembre 2013.

Il ressort cependant de la première demande d'allocation pour impotent du recourant du 6 février 2008 que celui-ci a signalé qu'il avait besoin d'aide depuis 2006 pour se raser (des amis venaient le faire chaque semaine), pour se déplacer à l'extérieur (il ne sortait pas dans des endroits inconnus et sombres) et pour établir des contacts avec l'entourage (il avait de la difficulté à reconnaître les visages).

Dans son dernier courrier du 6 novembre 2014, il a précisé, à la demande de la chambre de céans, qu'il avait commencé à avoir besoin occasionnellement de l'aide d'autrui vers la fin 2006 et régulièrement depuis fin 2007.

Dans sa demande du 27 septembre 2010, le recourant a ainsi modifié la date à laquelle le besoin d'aide est apparu en indiquant l'année 2009 pour se raser et l'année 2008 pour se déplacer, au lieu de l'année 2006. En présence de deux déclarations contradictoires, il convient de se référer à celle faite initialement, alors que l'assuré n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle avait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 ; arrêt du TF du 21 février 2013, 8C\_124/2012). Il convient dès lors de retenir les déclarations du recourant selon sa première demande d'allocation pour impotent, lesquelles ont été précisées dans son courrier du 6 novembre 2014.

Au demeurant, il apparaît que le recourant a commencé à avoir besoin de l'aide de tiers pour se raser, entretenir des contacts sociaux et se déplacer à l'extérieur depuis 2006 et que ce besoin s'est régulièrement accru jusqu'à devenir régulier et important dès la fin de l'année 2007; le recourant a en effet indiqué qu'il avait commencé à avoir occasionnellement besoin de l'aide d'autrui à fin 2006 pour diverses tâches administratives ou des déplacements compliqués et que, dans son emploi débuté en juin 2006, il avait encore pu affronter la plupart des actes de la vie quotidienne seul et fournir de bonnes prestations sur son lieu de travail; c'était environ une année et demi après, soit dès novembre 2007, que le besoin d'aide était devenu régulièrement indispensable, en particulier pour sa toilette, le choix des habits et son alimentation.

A cet égard, l'expertise menée par l'OAI a établi que le recourant, en novembre 2012, avait également besoin d'aide pour choisir ses vêtements et couper ses aliments, ce qui est cohérent avec le fait que ces besoins sont bien survenus postérieurement à septembre 2010, date de la seconde demande d'allocation car celle-ci ne les mentionne pas.

Les éléments médicaux au dossier confortent les déclarations de l'assuré des 6 février 2008 et 6 novembre 2014 concernant sa propre impotence ainsi que les constatations de l'enquête de l'intimé de novembre 2012;

Les allégations du recourant, d'ailleurs non contestées par l'intimée, sont en effet confirmées par les ophtalmologues traitant du recourant, lesquels ont attesté d'une maladie dégénérative avec une aggravation progressive de la vision du recourant depuis le début du suivi.

A cet égard, le rapport de la consultation neuro-ophtalmologique relève une diminution de l'acuité visuelle depuis 2003 (cf notamment avis de la Dresse F\_\_\_\_\_ des 14 avril et 12 mai 2012). Il en est de même des avis des Drs E\_\_\_\_\_ (du 11 octobre 2010, du 6 décembre 2011, du 19 mai 2014) et I\_\_\_\_\_ (du 2 mai 2014, du 4 juin 2014). En particulier, le Dr I\_\_\_\_\_ a relevé une

---

baisse de la vision depuis le début du suivi en 2002 et précisé qu'en 2002-2004, l'assuré avait une acuité visuelle suffisante pour lui permettre d'avoir une autonomie relative, mais que dès juillet 2005, il avait besoin de services de tiers. Enfin, la Dresse F\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation depuis 2008 (avis des 14 avril et 18 mai 2012).

Le fait que le Dr I\_\_\_\_\_ ait indiqué un besoin de recourir aux services de tiers depuis juillet 2005 ne permet pas encore de considérer qu'à cette date-là le recourant avait besoin de services considérables et réguliers de tiers, au sens de l'art. 37 al. 3 let. d RAI. En effet, le Dr I\_\_\_\_\_ semble n'avoir répondu affirmativement qu'à la première question de la chambre de céans, laquelle se rapportait à la nécessité de recourir à l'aide de tiers pour se déplacer à l'extérieur et non pas pour les autres actes de la vie ordinaire. Or, si un assuré ne nécessite l'aide d'autrui que pour les déplacements dans un lieu inconnu mais non pas pour les autres actes de la vie, il n'a pas droit à une allocation pour impotent (ATF du 20 octobre 2005 I 315/04).

Contrairement à l'avis du Dr J\_\_\_\_\_ du 30 juin 2014, les Drs I\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ n'ont pas confirmé une atteinte visuelle justifiant une impotence de degré faible depuis au moins novembre 2003 ; ils ont attesté d'une acuité visuelle inférieure à 0,2 depuis 2002, avec une fonction visuelle qui s'est dégradée au fil des années pour justifier, selon le Dr I\_\_\_\_\_, un besoin de services de tiers dès juillet 2005. Quant aux Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, ils ont confirmé que les indications de l'assuré concernant sa propre impotence correspondaient à leurs propres constatations (avis du Dr E\_\_\_\_\_ du 6 décembre 2011 et du Dr F\_\_\_\_\_ du 14 avril 2012).

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le recourant, malgré son acuité visuelle inférieure à 0,2 a nécessité l'aide de tiers pour se raser, se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux depuis la fin de l'année 2006 de façon occasionnelle et dès novembre 2007 de façon régulière et considérable, comme spécifié par le recourant, puis pour couper ses aliments et choisir ses vêtements depuis 2012, comme cela ressort de l'enquête à domicile de novembre 2012 et que l'augmentation des besoins d'aide du recourant correspond à une aggravation progressive de son état de santé, comme attesté en particulier par la Dresse F\_\_\_\_\_ depuis 2008.

10. En conséquence, dès novembre 2007, le recourant doit être considéré comme nécessitant des services considérables et réguliers de tiers au sens de l'art. 37 al. 3 let. d RAI, de sorte qu'à l'expiration du délai d'attente d'une année, soit au 1<sup>er</sup> novembre 2008, le recourant doit être reconnu comme impotent. Cette reconnaissance intervient postérieurement au 1<sup>er</sup> septembre 2008, date de la première décision de l'intimé, entrée en force, de sorte qu'il existe un motif de révision, la situation du recourant s'étant modifiée.

Par ailleurs, au 1<sup>er</sup> novembre 2008, le recourant remplit les conditions d'assurance pour avoir droit à une allocation puisqu'il a cumulé plus d'une année entière de

cotisations, soit de juin 2006 à novembre 2007, de sorte qu'il a droit à une allocation pour impotent de degré faible.

Enfin, la demande est tardive puisqu'elle a été déposée le 27 septembre 2010, de sorte que le droit à l'allocation n'est ouvert que depuis le 27 mars 2011.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une allocation pour impotent de degré faible depuis le 27 mars 2011.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 18 novembre 2013.
4. Dit que Monsieur A\_\_\_\_\_ a droit à une allocation pour impotent de degré faible depuis le 27 mars 2011.
5. Condamne l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève à verser à Monsieur A\_\_\_\_\_ une indemnité de procédure de CHF 3'500.-.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
7. 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

Alicia PERRONE

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