

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/753/2017

ATAS/480/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 juin 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante) est née le _____ 1963 au Brésil, ressortissante suisse depuis 1991, divorcée et mère de deux enfants nés en 1992 et 1997. Elle a demandé, le 19 avril 2016, une allocation pour impotent à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI). Elle indiquait souffrir d'un éthyisme chronique et d'un état dépressif important depuis janvier 2016. Elle avait besoin d'aide pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux. Depuis janvier 2016, elle ne sortait plus de chez elle. Elle avait besoin d'une surveillance personnelle pour son addiction à l'alcool et d'une prise en charge de son état dépressif. Elle avait besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie et pour la surveiller en raison d'un risque de tentamen médicamenteux.
2. Le docteur B _____, neurologue FMH, a indiqué le 15 octobre 2016 à l'OAI que sa patiente avait besoin d'aide dans la vie courante pour maintenir son autonomie. Elle ne pouvait pas vivre seule. Il estimait son besoin d'accompagnement à treize heures hebdomadaires depuis janvier 2016. Il fallait notamment aider la patiente pour son hygiène. Les diagnostics étaient un éthyisme chronique depuis 2014 et un état dépressif depuis 2013.
3. Le 31 octobre 2016, l'assurée a demandé des prestations (mesures professionnelles et rente) à l'OAI.
4. À teneur d'un rapport d'enquête du 12 décembre 2016 effectué par Madame C _____, infirmière à l'OAI, cette dernière avait rendu visite à l'assurée le 6 décembre 2016 à l'hôtel D _____ où elle résidait. Il avait été difficile d'obtenir des informations claires. L'assurée avait beaucoup de difficultés à s'exprimer et à relater son parcours. Elle était ralentie et disait avoir pris un médicament avant l'entretien pour soulager ses angoisses. Elle ne semblait pas alcoolisée et s'était montrée coopérante durant l'entretien mais était envahie par ses émotions. Elle disait toutefois aller mieux depuis sa dernière hospitalisation à la clinique de Belle-Idée et la mise en place d'un suivi par le CAPPI (Centres ambulatoires de psychiatrie et de psychothérapie intégrés). Elle n'avait plus d'idées suicidaires actuellement. Selon un téléphone du 12 décembre 2016 avec l'infirmière du CAPPI, la situation de l'assurée était actuellement en cours d'évaluation. Elle passait tous les jours au CAPPI pour la remise de son traitement médicamenteux. Elle bénéficiait d'un entretien infirmier par jour et d'un entretien médical une fois par semaine. Il n'y avait actuellement pas d'autres prestations proposées sous forme d'accompagnement. L'infirmière du CAPPI disait qu'elle ne savait pas qu'une demande d'allocation pour impotent avait été déposée et ne pas vraiment en comprendre la raison. Elle estimait qu'il était encore trop tôt pour savoir comment la situation allait évoluer. L'assurée vivait seule à l'hôtel D _____. Elle n'avait pas besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie. S'agissant de la gestion du quotidien, il avait été difficile d'obtenir des informations sur sa situation socio-familiale. Elle avait dit avoir vécu ces dernières années au Brésil avec son époux et

ses enfants. Elle avait divorcé en 2011, puis était venue en Suisse, environ deux ans auparavant, pour y trouver du travail en tant que serveuse. Elle disait n'avoir pas trouvé de travail et s'être finalement rendue à l'aide sociale. Elle n'allait déjà pas bien au Brésil dans un contexte de difficultés conjugales. Pour lutter contre son mal-être, elle avait commencé à s'alcooliser à la bière et s'était progressivement isolée à domicile. Elle indiquait avoir fait plusieurs hospitalisations à la clinique de Belle-Ideé et à la clinique de Montana durant l'année 2016. Elle était rassurée d'être à l'hôtel où du personnel était disponible en permanence en cas de besoin. Elle disait avoir peur de tout et sortir peu de sa chambre. Elle disait s'alcooliser moins régulièrement qu'avant sa dernière hospitalisation, car le traitement médicamenteux la soulageait. Elle passait la majeure partie de la journée au lit, sans activité, à fumer et regarder la télévision. L'assurée était autonome pour son hygiène corporelle. S'agissant du ménage et de la lessive, elle disait avoir de la peine à gérer l'entretien de son logement. Depuis qu'elle était à l'hôtel, elle n'avait plus besoin de faire le nettoyage. Sa lessive était faite par une amie. Avant d'aller à l'hôtel, elle faisait quelques courses à la Migros située dans son quartier et achetait essentiellement des plats précuisinés qu'elle n'avait plus qu'à réchauffer au micro-ondes. Dans sa chambre d'hôtel, elle avait deux plaques de cuisson. Elle pouvait se préparer un repas simple comme des pâtes à la casserole. S'agissant des tâches administratives et de la gestion du budget, elle était aidée par un assistant social de l'Hospice général. Elle disait gérer elle-même son budget (CHF 2'200.- par mois).

L'assurée indiquait souffrir d'importantes angoisses à l'extérieur, sous forme d'attaques de panique, et avoir besoin de prendre des anxiolytiques avant de sortir. Elle était parfois accompagnée par un ami pour se rendre à certains rendez-vous médicaux. Selon les informations fournies par l'infirmière du CAPPI, cet ami n'apportait aucune aide sur le lieu de domicile de l'assurée ou sous forme d'accompagnement. Le CAPPI gérait les médicaments. L'assurée venait tous les jours les prendre. Il s'agissait d'une prévention du risque suicidaire.

Selon l'enquêtrice, la situation de santé de l'assurée n'était actuellement pas stabilisée. Comme elle vivait à l'hôtel, il était difficile d'évaluer quels seraient ses besoins à domicile. Elle était totalement autonome dans les actes ordinaires de la vie, pour faire ses courses dans son quartier et se rendre à ses rendez-vous médicaux. L'accompagnement effectué par ses amis à domicile était inférieur à deux heures par semaine. Le ménage était effectué par le personnel de l'hôtel. L'infirmière estimait que l'allocation pour impotent devait être refusée. Le droit de l'assurée à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie devrait être réévalué si elle obtenait un quart de rente d'invalidité.

5. Par projet de décision du 15 décembre 2016, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent formée par l'assurée, se fondant sur les conclusions de l'enquête effectuée à son lieu de résidence.
6. Le 23 décembre 2016, l'assurée a formé opposition au projet de décision. Son médecin, le Dr B_____, attestait qu'elle souffrait d'une atteinte neurologique.

Elle souffrait d'un tremblement, d'un état dépressif et d'un alcoolisme chronique. Elle était certes autonome dans les actes ordinaires de la vie de tous les jours, mais elle devait être accompagnée quotidiennement dans ses activités.

7. Par décision du 10 février 2017, l'OAI a confirmé son refus d'octroyer une allocation pour impotent à l'assurée.
8. Le 2 mars 2017, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Le Dr B_____ estimait qu'elle souffrait d'un état dépressif important avec, secondairement, une alcoolisation liée à des troubles de la personnalité. Elle était dépendante d'une aide extérieure pour les repas, qui lui étaient apportés par le restaurant de l'hôtel dans lequel elle logeait. Elle n'était, de ce fait, plus autonome dans la vie de tous les jours, ce qui lui donnait le droit d'obtenir une allocation pour impotent. Elle était en outre totalement dépendante de l'aide d'une personne pour la gestion de ses affaires administratives.
9. Par réponse du 30 mars 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'enquête faite le 6 décembre 2016 répondait à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. La situation pourrait être réévaluée si l'assurée bénéficiait d'un quart de rente. À l'heure actuelle, l'instruction de son droit à une rente d'invalidité était en cours. En conséquence, c'était à juste titre que l'OAI avait refusé à l'assurée le droit à l'allocation pour impotent.
10. Le 25 avril 2017, la recourante a fait valoir qu'elle n'était pas apte à se gérer. Elle avait besoin d'être aidée au moins trois ou quatre heures par jour. Ses médicaments l'endormaient et, de ce fait, elle était incapable de faire beaucoup de choses. L'enquête avait été effectuée quelques jours après sa sortie de Belle-Idée. Son état de santé était alors meilleur. Elle se sentait mieux après avoir quitté son appartement où elle se trouvait seule et angoissée. Avec le temps, elle devenait de plus en plus dépendante des médicaments qui la détruisaient. Elle était très déprimée.
11. Le 5 juillet 2017, la recourante a transmis à la chambre de céans :
 - un certificat médical établi le 2 juin 2017 par le Dr B_____, lequel certifiait suivre régulièrement l'assurée pour une affection médicale sévère d'origine neurologique et qu'il ne lui était pas possible de participer à ses séances de fitness entre le 10 octobre 2016 et le 30 juin 2017 ;
 - un second certificat médical établi le même jour par le Dr B_____ indiquant que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé et qu'elle serait en incapacité totale de travailler du 1^{er} juin au 31 août 2017 et, par conséquent, de faire des recherches d'emploi ;
 - un avis de sortie établi le 19 juin 2017 par le service de chirurgie plastique reconstructive et esthétique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), dont il ressort que l'assurée a séjourné aux HUG du 15 juin au 19 juin

2017 en raison d'une capsulite prothétique Baker IV au sein droit et que, le 15 juin 2017, elle a subi une intervention chirurgicale pour un changement prothétique et une capsulectomie partielle ;

- un rapport établi le 26 juin 2017 par la docteure E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui indiquait suivre l'assurée par une approche psychiatrique-psychothérapie intégrée à raison d'une séance hebdomadaire. Les diagnostics étaient des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (utilisation nocive pour la santé) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité modérée. Sa patiente était actuellement traitée par Baclofen, Anxiolit et Venlafaxine (antidépresseur). Sa patiente souffrait d'une anxiété fluctuante – qu'elle essayait de soigner par des prises d'alcool massives jusqu'à l'acceptation du traitement proposé par le Dr B_____ auquel elle adhérait modérément bien – avec une thymie triste (accompagnée d'un bilan négatif de sa vie), une idéation suicidaire (actuellement dispersée et passive mais facilement réactivée dans les moments de crise), une anhédonie légère, une aboulie modérée, une insomnie de maintien et un pessimisme quant au sens de la vie et aux possibilités de l'amélioration qui s'avéraient des obstacles principaux à la reprise d'une activité professionnelle. En conséquence, l'assurée se sentait impuissante dans son rôle maternel et familial. Ses réussites fragiles à l'égard de sa consommation d'alcool et son assistance régulière au groupe des alcooliques anonymes étaient immédiatement défiées par son appréhension de l'avenir et ses ruminations anxio-dépressives. Elle avait perdu ses repères et ses modes de fonctionnement habituels. Toutes ses tentatives de s'adapter aux changements du fonctionnement de son système familial et au système social à Genève avaient échoué, partiellement en raison de son ancien style de vie mais également en raison d'un réseau social inadéquat et non soutenant, ne reconnaissant pas ses efforts pour s'éloigner de l'alcool. Il y avait une dynamique familiale complexe et défavorable pour la patiente. Son ex-époux était aussi alcoolique, mais grâce à sa situation financière, il avait pu avoir la garde des enfants. Cet échec était également partiellement dû à son anosognosie d'accepter la régression actuelle comme le symptôme de la dépression et pas forcément à une incapacité de préserver les valeurs auxquelles elle tenait au fil de sa vie. En conséquence, pour la Dre E_____, les atteintes incapacitantes étaient insurmontables dans le contexte actuel, aggravant le risque suicidaire. Elle soutenait la demande éventuelle de mise au bénéfice d'une rente d'assurance-invalidité.

12. Le 26 juillet 2017, l'intimé a confirmé ses conclusions.
13. Lors d'une audience devant la chambre de céans du 17 janvier 2018, l'assurée a déclaré qu'elle allait mieux et qu'elle ne pensait pas avoir besoin d'une personne pour l'aider, mais plutôt de l'aide de l'assurance-invalidité. Elle avait besoin d'être accompagnée pour faire ses courses. Elle avait peur de sortir dans la rue et d'aller dans les magasins. Elle était nourrie à l'hôtel. Parfois, elle préférait manger dans sa

chambre. Les employés de l'hôtel et des amis l'aidaient à faire ses courses. Parfois elle oubliait de manger. De temps à autre, elle était bien et n'avait pas besoin d'aide. Avant, elle avait besoin de quelqu'un pour l'aider dans sa vie de tous les jours, mais cela n'était plus le cas, sauf pour sortir. Son fils était venu du Brésil, où il travaillait, pour l'aider. Les médicaments calmaient ses douleurs, mais lui faisaient oublier les choses et elle avait envie de rester au lit. Elle avait aussi besoin d'aide pour ses papiers administratifs. Elle ne recevait plus d'aide de l'Hospice général. Son fils subvenait à ses besoins. Un ami l'aidait aussi financièrement et l'accompagnait à l'extérieur. Elle avait également besoin de trouver un logement, car elle ne pouvait rester à l'hôtel si elle ne touchait plus les prestations de l'Hospice général. Elle n'arrivait plus rien à faire par manque d'énergie.

14. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS/GE E 5 10).
4. Est litigieuse la question de savoir si la recourante a droit à une allocation pour impotent.
5. Selon l'art. 9 LPGA, applicable à l'assurance-invalidité et à l'assurance-accident, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne.

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). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). 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 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).

Selon l'art. 37 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), il y a impotence de degré 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 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 RAI.

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI représente 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). Selon l'art. 38 al. 1 RAI, cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a); faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b); ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). Cette énumération est exhaustive (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité; CIIAI, chiffre 8049).

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

La nécessité de l'aide d'une tierce personne doit être examinée de manière objective, selon l'état de santé de la personne intéressée. L'environnement dans lequel elle se trouve n'est, en principe, pas déterminant; seul importe le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide d'un tiers. 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 (CIIAI, chiffre 8083).

L'assistance qu'apportent concrètement les membres de la famille à l'assuré a trait à l'obligation de diminuer le dommage, qui ne doit être examinée que dans une seconde étape (arrêt du Tribunal fédéral 9C_410/2009 du 1er avril 2010 consid. 5.1, in SVR 2011 IV n. 11).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et

spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 130 V 61 consid. 6.2; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2). 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). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3).

6. 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. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il

est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'espèce, il ressort du dossier et, en particulier, des rapports médicaux établis le 15 octobre 2016 par le Dr B_____ et le 26 juin 2017 par la Dre E_____ ainsi que des déclarations de la recourante que son besoin d'assistance est essentiellement lié à une atteinte à sa santé psychique. Les brefs certificats médicaux établis le 2 juin 2017 par le Dr B_____, qui attestent d'une affection neurologique, ne rendent pas vraisemblable que l'assurée aurait besoin d'un accompagnement en raison d'une atteinte physique. Dans son rapport motivé du 15 octobre 2016, le Dr B_____ indiquait, au contraire, que sa patiente avait besoin d'aide dans sa vie courante pour maintenir son autonomie en lien avec les diagnostics d'éthylisme chronique et d'état dépressif. Il en résulte que le droit de la recourante à une allocation pour impotent est conditionné, en application de l'art. 38 al. 2 RAI, à un droit à un quart de rente d'invalidité. Lorsqu'il a pris la décision querellée, le 10 février 2017, l'OAI n'avait pas encore répondu à la demande de rente d'invalidité formée par la recourante le 31 octobre 2016. Cette décision étant susceptible d'avoir un impact sur celle relative à l'allocation pour impotent, l'OAI aurait dû examiner en premier lieu le droit de la recourante à une rente d'invalidité avant de décider de son droit à une allocation pour impotent. En conséquence, la décision rendue par l'OAI le 10 février 2017 sera annulée et la cause renvoyée à ce dernier pour nouvelle décision après avoir tranché la question du droit de la recourante à une rente invalidité.
9. Le recours est ainsi partiellement admis.
10. L'intimé sera en conséquence condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision rendue par l'OAI le 10 février 2017.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour nouvelle décision après avoir tranché la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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