

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2891/2013

ATAS/774/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 25 juin 2014**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Christian CANELA

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'intéressée, l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1971, originaire de Cali en Colombie, est arrivée en Suisse le 20 août 1991. Elle a travaillé comme femme de chambre dans un hôtel du 1<sup>er</sup> février 1992 au 31 mai 1992, date à laquelle elle a cessé toute activité lucrative.
2. Souffrant d'une sclérose en plaques et de malvoyance, l'intéressée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en novembre 1993. Par décision du 27 mai 1994, la caisse de compensation WIRTE a reconnu l'assurée invalide à 100%. L'octroi d'une rente d'invalidité lui a été cependant refusé, dès lors qu'elle ne remplissait pas les conditions d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité fixée au 1<sup>er</sup> mai 1993.
3. Une deuxième demande de prestations déposée par l'intéressée le 20 novembre 2002 a été rejetée par l'OAI, par décision du 8 juillet 2005, pour les mêmes motifs.
4. Une troisième demande de rente formulée par l'intéressée en raison de la même maladie en octobre 2008 a été rejetée par l'OAI (décision du 10 février 2009). Le 24 juin 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a pris acte du retrait du recours interjeté par l'intéressée contre la décision précitée et a rayé la cause du rôle.
5. L'intéressée a été naturalisée suisse en date du 6 novembre 2012. Le 27 novembre 2012, elle a requis à nouveau des prestations de l'assurance-invalidité visant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente.
6. Par décision du 25 mars 2013, l'OAI a rejeté la demande. Il a considéré que bien que l'état de santé de l'assurée se soit progressivement péjoré, son taux d'invalidité demeurait identique, soit 100%. Les conditions d'assurance faisant défaut, il ne pouvait être versé une rente d'invalidité. Le recours interjeté par l'intéressée à l'encontre de la décision précitée a été rejeté par arrêt de la Chambre de céans du 25 septembre 2013, entré en force de chose jugée, motif pris que nonobstant l'acquisition de la nationalité suisse, la recourante ne comptait pas, au moment de la survenance de l'invalidité, le 1<sup>er</sup> mai 1993, une année entière de cotisations. Elle ne pouvait en conséquence pas bénéficier d'une rente de l'assurance-invalidité.
7. Entretemps, dans une note datée du 29 novembre 2012, une collaboratrice de l'OAI a demandé à une collègue d'examiner « l'éventuel droit à une API faible », au vu du certificat médical du Dr B\_\_\_\_\_, réceptionné le 27 novembre. Par courrier adressé à l'ancien mandataire de l'intéressée, l'OAI a demandé à cette dernière de retourner le formulaire de demande d'allocation pour impotent AI, dûment rempli, daté et signé. Le formulaire devait être retourné dans un délai de 60 jours, afin que l'OAI puisse retenir la date du 29 novembre 2012 (date à laquelle il avait constaté qu'une impotence pourrait être envisagée) comme date officielle du dépôt de la demande. Dans le formulaire « instructions relatives à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie », l'intéressée a indiqué avoir besoin d'aide pour

structurer la journée, faire face aux situations quotidiennes, tenir le ménage, faire les achats, les loisirs, les contacts avec les administrations, les visites médicales et les autres activités nécessaires, ainsi que pour les activités telles que d'aller au restaurant, au concert, au théâtre et au cinéma, de même que visites et fêtes de famille, ce depuis 2005. L'aide lui est apportée par son mari ses enfants et l'IMAD.

8. Dans le cadre de l'instruction relative à l'allocation pour impotent, une enquête à domicile a été effectuée par l'intimé en date du 9 avril 2013. L'enquêtrice a relevé qu'en raison de sa maladie et de l'atteinte visuelle, l'intéressée est dépendante de son époux pour les actes de la vie quotidienne et ceci depuis plusieurs années. Depuis mars 2005, le mari apporte une aide importante et régulière à son épouse en lien direct avec le problème de vue. Aux termes de cette enquête, la collaboratrice de l'intimé a indiqué que l'assurée avait besoin d'une aide régulière et importante pour trois actes ordinaires de la vie dès mars 2005. Elle a relevé au surplus que le droit à une allocation pour impotence aurait dû être examiné suite à la réception d'un certificat médical datant du mois d'octobre 2008 attestant du déficit visuel chez l'assurée. De plus, une note du gestionnaire datant de novembre 2008 demandant l'examen des conditions de droit à l'allocation d'impotence figure aussi au dossier sans qu'aucune démarche n'ait été effectuée par la suite. La collaboratrice a conclu à l'octroi d'une allocation pour impotence de degré faible dès le mois de novembre 2007.
9. Le 19 avril 2013, l'OAI a notifié à l'assurée un projet d'acceptation d'impotence aux termes duquel le besoin d'aide a été reconnu pour accomplir trois actes ordinaires de la vie, depuis mars 2005 (couper les aliments, se doucher, se déplacer). Par conséquent, une allocation pour impotence de degré faible lui sera accordée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2007, soit cinq ans avant le dépôt de la demande, car l'information était connue de l'OAI sans avoir été étudiée d'office.
10. Le 30 avril 2013, l'assurée a fait part à l'OAI de ses objections quant audit projet. Elle a contesté le degré d'impotence retenu, relevant qu'elle avait besoin d'une aide régulière et importante de son mari dans tous les actes ordinaires de sa vie, notamment mettre et enlever sa chemise, se chausser et se déchausser, faire et défaire ses lacets, mettre et enlever son soutien-gorge, mettre et enlever les chaussettes, fermer la fermeture éclair de ses vestes ou l'aider à boutonner celles-ci. Son mari ayant des horaires de travail irréguliers, elle ne pouvait malheureusement pas toujours compter sur sa présence. Lorsqu'il est en service de nuit, il lui est impossible de se déshabiller seule, de sorte qu'elle est obligée de s'endormir avec tous ses vêtements. Elle a précisé qu'un test neuropsychologique avait été effectué auprès des HUG et a conclu à l'octroi d'une allocation pour impotence de degré moyen.
11. Dans un rapport d'examen neuropsychologique établi en date du 29 avril 2013 par le département des neurosciences cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) à l'attention du Dr B\_\_\_\_\_, les médecins ont conclu sur le plan du comportement à une nosognosie partielle, une mimique faciale triste, une attitude

quelque peu familière et enfantine, une spontanéité majeure, un sévère ralentissement psychomoteur ainsi qu'une fatigabilité, au niveau de la parole une hypophonie ainsi qu'un flux articulatoire altérant ponctuellement l'intelligibilité du discours, sur le plan du langage oral un discours réduit et peu informatif, des difficultés au niveau du calcul écrit, un dysfonctionnement exécutif sévère affectant les capacités d'autoactivation, d'inhibition, de flexibilité mentale, de programmation motrice, de jugement critique et d'abstraction sur matériel verbal, une altération de la mémoire du travail verbal et un sévère déficit de mémoire épisodique verbal rétrograde et antérograde. Les médecins relèvent tout de même une nette péjoration du dysfonctionnement exécutif et, d'un point de vue strictement neuropsychologique, la sévérité de la symptomatologie cognitive actuelle ne permet pas la reprise d'une activité professionnelle. Compte tenu de la dépendance de la patiente pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne et du fait que l'époux exerce une activité professionnelle à temps plein, il devrait être mis en place dans la mesure du possible les aides à domicile nécessaires.

12. Le 17 mai 2013, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FHM en neurologie, a informé l'OAI que sa patiente souffrait d'une atteinte visuelle bilatérale la confinant à une quasi cécité. De plus, dans le cadre de sa sclérose en plaques, elle présentait des troubles cognitifs ne lui permettant pas de gérer de façon indépendante son ménage. Sa patiente est totalement dépendante de son entourage, notamment de son mari et de ses enfants. Il a invité à l'OAI à prendre ses réflexions en considération dans le cadre de l'évaluation de son taux d'atteinte.
13. Par décision du 11 juillet 2013, l'OAI a accordé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible de novembre 2007 à mars 2013, puis de degré moyen dès avril 2013.
14. Par acte du 10 septembre 2013, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision. Elle conteste l'octroi d'une impotence de degré faible de novembre 2007 à mars 2013, se référant aux constatations médicales des médecins traitants, qui ont pleine valeur probante. La recourante invoque également une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où elle a eu l'occasion, à plusieurs reprises, de faire savoir aux organes de l'OAI avant la décision litigieuse qu'elle disposait de toutes les preuves utiles aptes à démontrer qu'elle souffrait déjà en 2007 et jusqu'en mars 2013 d'un degré d'impotence à tout le moins moyen, sans que l'intimé n'en tienne compte. Elle a été ainsi privée du droit de participer à l'administration des preuves essentielles.
15. Dans sa réponse du 17 octobre 2013, l'intimé expose que suite à la quatrième demande de prestations déposée par la recourante le 27 novembre 2012, il a rendu une décision de refus de toutes prestations. S'agissant du droit à la rente, cette décision a été confirmée par arrêt de la chambre de céans du 25 septembre 2013. En ce qui concerne le droit à une allocation pour impotent, l'intimé estime que cette décision s'avère erronée. La survenance du cas d'assurance doit être fixée au 1<sup>er</sup> mars 2006 et c'est dès lors à tort que le début du droit a été fixé en application de

l'art. 24 LPGA. Selon l'intimé, il ne peut être fait abstraction du fait qu'une décision de refus de toutes prestations avait été rendue. Dès lors que c'est à tort que le droit éventuel à une allocation pour impotent avait été nié sous l'angle des conditions d'assurance, il y a lieu de revenir sur cette décision par le biais de la reconsidération. L'intimé fait valoir que le vice a été découvert au plus tôt le 27 novembre 2012 ; il n'est pas possible de revenir sur la décision qui s'est avérée erronée avant cette date puisque le dossier n'était pas en traitement entre l'arrêt du TCAS du 24 juin 2009 et cette date. Au vu des éléments soulevés par la recourante en procédure d'audition, l'intimé conclut que le besoin d'aide existe pour l'accomplissement de quatre actes de la vie quotidienne depuis le mois de mars 2005. L'intimé propose de modifier la décision litigieuse, en ce sens que le droit à une allocation de degré moyen est accordé dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012.

16. Invitée à se déterminer, la recourante, par écriture du 12 novembre 2013, s'est référée aux propos tenus par l'enquêtrice lors de sa visite du 10 avril 2013. Elle ne comprend pas pour quelle raison l'intimé renonce à fixer le début du droit à la lumière de l'art. 24 LPGA et soutient qu'il serait contraire aux principes généraux du droit de ne faire remonter qu'au 1<sup>er</sup> novembre 2012 seulement le droit à une prestation dont la cause existait depuis beaucoup plus longtemps déjà et qu'elle n'a pas invoqué plus tôt, parce qu'elle n'était pas apte à défendre ses intérêts, en raison de la maladie dont elle souffre. La recourante a persisté intégralement dans ses conclusions.
17. Le 23 décembre 2013, la recourante a communiqué à la chambre de céans divers documents médicaux.
18. Invité à se déterminer, l'intimé, par écriture du 27 janvier 2014, a persisté dans ses conclusions.
19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).  
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

---

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
5. Le litige porte sur le degré d'impotence retenu par l'intimé pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2007 au 31 mars 2013.
6. a) Préalablement, la chambre de céans relève que dans ses dernières conclusions, l'intimé admet que la recourante a besoin d'aide dans l'accomplissement de quatre actes de la vie quotidienne depuis le mois de mars 2005, de sorte que la survenance du cas d'assurance doit être fixée au 1<sup>er</sup> mars 2006. Il propose toutefois de modifier la décision en ce sens que le droit à une allocation pour impotent de degré moyen est ouvert dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012. Ce faisant, force est de constater que la proposition de l'intimé tend en réalité à une reformatio in pejus.

A l'appui de cette conclusion, l'intimé soutient que c'est à tort que le début du droit à l'allocation a été fixé en application de l'art. 24 LPGA, lequel ne trouve pas application s'agissant d'une allocation pour impotent. Il fait valoir ensuite qu'après avoir reçu la quatrième demande de prestations, il a rendu une décision de « refus

de toutes prestations » et que pour ce qui concerne le droit à la rente, cette décision a été confirmée par arrêt de la chambre de céans du 25 septembre 2013. En ce qui concerne en revanche l'allocation pour impotent, l'intimé considère que cette décision est manifestement erronée.

Dans un autre argument, l'intimé relève qu'il ne peut être fait abstraction du fait qu'une décision de refus de toutes prestations avait été rendue le 10 février 2009. Dans la mesure où c'est à tort que le droit éventuel à une allocation pour impotent avait été nié sous l'angle des conditions d'assurance, il y a lieu de revenir sur cette décision par le biais de la reconsidération. Selon l'intimé, le moment où le vice a été découvert peut être fixé au plus tôt le 27 novembre 2012, « car il n'est pas possible de revenir sur la décision avant cette date puisque le dossier n'était pas en traitement entre l'arrêt du TCAS du 24 juin 2009 (prenant acte du retrait du recours interjeté contre la décision du 10 février 2009) et cette date ».

b) A teneur de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée.

La reconsidération d'une décision implique que l'administration se soit déjà prononcée sur l'objet du litige.

c) Il convient d'examiner si, comme l'intimé le soutient, il a, par décision entrée en force, refusé l'octroi d'une allocation pour impotent. La chambre de céans peine toutefois à comprendre le raisonnement de l'intimé. Il semble considérer dans un premier temps que sa décision rendue à la suite de la quatrième demande – soit sa décision du 25 mars 2013 – était manifestement erronée, puis plus loin, il se réfère à la décision de refus de prestations du 10 février 2009.

Quoi qu'il en soit, la chambre de céans constate que tant la décision du 10 février 2009 que celle du 25 mars 2013 ne concernent nullement le droit à une allocation pour impotent. En effet, il résulte des pièces du dossier que la troisième demande de prestations déposée le 10 octobre 2008 par la recourante a été examinée par l'intimé uniquement sous l'angle de la révision, suite à une aggravation de l'état de santé

---

(voir notamment note de travail – pièce no. 48 intimé). Aucune instruction n'a été menée quant à l'éventuel droit à une allocation pour impotent et à la lecture de la décision de refus de prestations du 10 février 2009, force est d'admettre qu'elle ne se rapportait de toute évidence qu'au droit à la rente. En effet, l'intimé rappelait que si les conditions d'assurance ne sont pas remplies lors de la survenance de l'invalidité – fixée en mai 1993 – les mesures ultérieures du même genre, visant le même cas et la même atteinte à la santé -, ne sont pas à charge de l'assurance-invalidité. Or, l'état de santé était resté inchangé depuis la survenance, l'assurée étant reconnue invalide à 100 % depuis cette date.

Il en va de même de la décision rendue par l'intimé le 25 mars 2013 suite à la quatrième demande déposée par la recourante visant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. Nonobstant le terme de « refus de toutes prestations », la décision de refus de l'intimé ne portait que sur le droit à la rente d'invalidité ainsi qu'elle le mentionne expressément dans ses considérants, se référant au surplus à la date de la survenance de l'invalidité fixée en mai 1993, s'agissant du droit à la rente. C'est cette décision de refus de rente qui a été confirmée par arrêt de la chambre de céans du 25 septembre 2013.

Au surplus, l'on ne voit pas comment l'intimé aurait pu se prononcer sur le degré d'impotence, en l'absence de toute instruction entamée avant novembre 2007.

Au vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé soutient s'être déjà prononcé sur le droit à l'allocation pour impotent. Faute de décision rendue sur cette prestation, il n'y a pas lieu à reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

7. 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. L'art. 42 al. 1 première phrase LAI dispose que 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. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 37 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201). 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 RAI (art. 37 al. 2 RAI). L'impotence est faible si l'assuré,

---

même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment: (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; (b) d'une surveillance personnelle permanente; ou (e) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI).

Selon la jurisprudence (ATF 127 V 94 consid. 3c p. 97, 125 V 297 consid. 4a p. 303, et les références), sont déterminants les six actes ordinaires suivants: se vêtir et se dévêtir; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette (soins du corps); aller aux W.-C.; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts. 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. 71). En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 25/85 du 11 juin 1985 consid. 2b, in RCC 1986 p. 509).

8. En l'espèce, selon le rapport d'enquête du 9 avril 2013, la recourante a besoin d'aide régulière et importante depuis mars 2005 pour trois actes ordinaires de la vie, à savoir couper les aliments (chiffre 4.1.3), pour se baigner/se doucher (chiffre 4.1.4) ainsi que pour se déplacer à l'extérieur, entretenir des contacts sociaux (chiffre 4.1.6). En outre, elle a besoin en raison d'une atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité physique, de l'aide de tiers pour entretenir des contacts sociaux (chiffre 4.1.7).

La recourante fait valoir que son degré d'impotence doit être qualifié de moyen également pour la période de novembre 2007 à mars 2013, en raison de ses limitations fonctionnelles. L'intimé s'est rallié aux conclusions de la recourante et a admis, dans sa réponse, qu'une aide pour l'acte de s'habiller/se déshabiller était également requise depuis le mois de mars 2005.

Il ressort en effet des rapports médicaux figurant au dossier, notamment du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 15 décembre 2008, que la recourante présente du point de vue neurologique une très importante diminution de l'acuité visuelle des deux côtés (0,1) confinant à la cécité et qu'il existe une dépendance importante envers son entourage, outre un encadrement infirmier à domicile. L'atteinte visuelle bilatérale avait déjà été mise en évidence en 1998 par le Dr C\_\_\_\_\_, chef de clinique du département des neurosciences cliniques (rapport du 10 décembre 1998) et une baisse massive de l'acuité visuelle a été relevée en 2004 par le service de

neurologie des HUG. De plus, dans sa demande du 10 octobre 2008, la recourante avait indiqué qu'elle avait besoin d'une loupe agrandissante depuis 1992. Le mari doit l'aider pour la toilette et l'habillement, étant précisé qu'il s'occupe de l'ensemble des tâches ménagères et l'accompagne dans tous ses déplacements (cf. rapport neuropsychologique du 29 avril 2013). Il convient ainsi d'admettre, avec l'intimé, que la recourante a besoin depuis 2005 également d'une aide régulière et importante pour s'habiller/se déshabiller.

Au vu de ce qui précède, le droit à l'allocation pour impotent de degré moyen a pris naissance en principe le 1<sup>er</sup> mars 2006, la recourante, de nationalité colombienne à cette époque, remplissant à ce moment-là les conditions d'assurance au sens de l'art. 6 al. 2 LAI (une année au moins de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse).

9. Reste à examiner depuis quand l'allocation pour impotent doit être versée.

Sous le titre marginal "Paiement de prestations arriérées", l'art. 48 al. 2 aLAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prévoyait que si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

L'art. 48 aLAI a été abrogé au 31 décembre 2007 avec l'entrée en vigueur, au 1<sup>er</sup> janvier 2008, de la modification de la LAI du 6 octobre 2005 (5<sup>ème</sup> révision AI). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 24 al. 1 LPGA s'applique. Selon cette disposition, le droit à des prestations s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due.

Enfin, un nouvel art. 48 al. 1 LAI est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (6<sup>ème</sup> révision AI, premier volet) concernant le paiement des arriérés de prestations. Selon cette disposition, si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de demande. A teneur de l'alinéa 2 de la disposition précitée, les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes : l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations (let. a) ; il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (let. b). Selon l'alinéa 3 des dispositions finales de la modification du RAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'art. 48 LAI s'applique également aux personnes dont le droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires est né avant la date d'entrée en vigueur de la modification du 16 novembre 2011 du présent règlement, pour autant qu'elles n'aient pas exercé leur droit aux prestations avant cette date.

Il convient de déterminer dans un premier temps quand la demande d'allocation pour impotent a été déposée.

10. Les prestations d'assurance sociale sont en principe servies à la demande de l'ayant droit: celui qui ne s'annonce pas à l'assurance n'obtient pas de prestations, même si le droit à celles-ci découle directement de la loi (ATF 101 V 261 consid. 2 p. 265). Aussi, l'art. 29 al. 1 LPGA prévoit-il que celui qui fait valoir un droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite par l'assurance sociale concernée. Selon l'art. 65 al. 1 RAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré doit présenter sa demande sur formule officielle.

Selon la jurisprudence, en s'annonçant à l'assurance-invalidité, l'assuré sauvegarde en règle générale tous ses droits à des prestations d'assurance, même s'il n'en précise pas la nature exacte, l'annonce comprenant toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. Cette règle ne vaut cependant pas pour les prestations qui n'ont aucun rapport avec les indications fournies par le requérant et à propos desquelles il n'existe au dossier aucun indice permettant de croire qu'elles pourraient entrer en considération. L'obligation de l'administration d'examiner le cas s'étend seulement aux prestations qui, sur le vu des faits et des pièces du dossier, peuvent entrer normalement en ligne de compte. Lorsque par la suite l'assuré fait valoir qu'il a encore droit à une autre prestation, il y a lieu d'examiner selon l'ensemble des circonstances du cas particulier, au regard du principe de la bonne foi, si l'imprécise annonce antérieure comprend également la prétention que l'assuré fait valoir ultérieurement (ATF 121 V 195 consid. 2 p. 196 et les arrêts cités ; voir aussi arrêts 9C\_532/2011 du 7 mai 2012 et 9C\_92/2008 du 24 novembre 2008).

11. En l'occurrence, l'intimé soutient s'être fondé sur le certificat médical du docteur B\_\_\_\_\_, daté du 26 mars 2008, annexé à la demande du 27 novembre 2012, pour se prononcer sur le droit à une allocation pour impotent.

La chambre de céans constate toutefois que ledit certificat a déjà été communiqué par la recourante en annexe à sa demande de prestations datée du 11 septembre 2008, documents qui ont été réceptionnés par l'intimé le 10 octobre 2008 (cf. pièces 36 et 38 intimé). En outre, bien que la recourante demandait une rente, elle avait fait état sous chiffre 7.7 relatif à l'impotence, du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie et d'accompagnement régulier et permanent pour faire face aux nécessités de la vie (cf. pièce 36, p. 6 intimé). Par ailleurs, l'enquêtrice a souligné dans son rapport d'enquête du 10 avril 2013 qu'une note du gestionnaire datant de novembre 2008 demandant l'examen des conditions de droit à l'allocation impotence figure au dossier (pièce qui ne figure cependant pas dans le dossier déposé par l'intimé), sans qu'aucune démarche n'ait été effectuée par la suite.

Quoi qu'il en soit, les renseignements figurant dans la demande du 10 octobre 2008 et ceux ressortant des rapports médicaux annexés, étaient amplement suffisants pour que l'intimé examine les conditions du droit à une allocation pour impotent.

---

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre, contrairement à l'avis de l'intimé émis en cours de procédure, que la recourante, en déposant sa demande le 10 octobre 2008, a sauvegardé ses droits s'agissant de l'allocation pour impotent.

12. Compte tenu de la naissance du droit à l'allocation pour impotent en mars 2006 et du dépôt de la demande du 10 octobre 2008, il convient d'examiner la question du paiement des prestations arriérées.

L'annonce à l'assureur social permet en principe de préserver le délai de l'art. 24 al. 1 LPGa, applicable dès le 1er janvier 2008, selon lequel le droit à des prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due. Toutefois, lorsque l'administration a manqué à son devoir d'instruction malgré une demande suffisamment précise de l'assuré, le paiement de prestations arriérées est soumis au délai de cinq ans prévu à l'art. 24 al. 1 LPGa: seules les prestations dues pour les cinq dernières années à partir de la nouvelle demande de prestations sont versées, le droit aux prestations antérieures s'étant éteint. Autrement dit, même si l'administration a omis fautivement de donner suite à une demande initiale de prestations, qui était bien fondée, le paiement des prestations arriérées est soumis au délai de péremption absolu de cinq ans à compter de la date du dépôt de la nouvelle demande (ATF 121 V 195 consid. 5d p. 201 s.; arrêt M 12/06 du 23 novembre 2007 consid. 5.3). Le but de cette jurisprudence est essentiellement d'éviter que le paiement rétroactif de prestations pour une période couvrant plusieurs années ne vienne alimenter une fortune plus ou moins importante alors que ces prestations étaient destinées à compenser les besoins vitaux ordinaires du requérant (arrêt 9C\_574/2008 du 27 mars 2009 consid. 2.2; voir aussi arrêts 8C\_233/2010 cité consid. 4.2.3 et 9C\_42/2011 du 27 avril 2011 consid. 4.2; cf. aussi l'arrêt 8C\_262/2010 du 12 janvier 2011 consid. 3.3 résumé in RSAS 2011 p. 297).

En l'espèce, comme exposé supra, la recourante a exercé son droit aux prestations le 10 octobre 2008. Partant, le nouvel art. 48 al. 1 LAI, en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, n'est pas applicable (cf. alinéa 3 des dispositions finales RAI relatives à la modification du 16 novembre 2011).

Il s'ensuit que la recourante a droit aux prestations arriérées des cinq années à compter de la nouvelle demande déposée le 27 novembre 2012, soit dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007. Sur ce point la décision querellée est conforme au droit.

13. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis.
14. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGa; art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA, RS/GE E 5 10; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFAP, RS/GE E 5 10.03).

Conformément à l'art. 69al. 1bis LAI, la procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations est soumise à des frais de justice. L'émolument, arrêté à CHF 1'000.-, est mis à la charge de l'intimé qui succombe.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision en tant qu'elle porte sur l'octroi d'une allocation pour impotent de degré léger.
3. Dit que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré moyen pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2007 au 31 mars 2013.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
5. Met un émolument de CHF 1'000.- 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

Juliana BALDE

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