

GE_GERICHTE A/2395/2015 vom 29. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2395_2015

FR: GE_GERICHTE A/2395/2015 du 29 février 2016

IT: GE_GERICHTE A/2395/2015 del 29 febbraio 2016

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause A _____ B _____, enfant mineur, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah-Maria KAISER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. A _____ B _____ (ci-après : l'assuré), enfant mineur né le _____ 1999, a présenté des troubles de la marche dès l'âge de deux ans environ : il se mettait sur la pointe des pieds, genoux fléchis, ce qui occasionnait de fréquentes chutes.![endif]>![if> 2. Le 17 février 2003, ses parents ont déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande tendant à la prise en charge de moyens auxiliaires.![endif]>![if> 3. Dans deux rapports datés des 23 juin et 24 novembre 2003, le docteur C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une diplégie spastique. Il a prescrit pour l'assuré des attelles jambières et des injections de toxine botulinique au niveau des muscles ischio-jambiers.![endif]>![if> 4. Par décision du 27 novembre 2003, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts du traitement lié à l'infirmité congénitale n° 390 OIC (diplegie spastique), y-compris les attelles prescrites par le Dr C _____ et un traitement de physiothérapie.![endif]>![if> 5. Dans un rapport du 20 avril 2007, le docteur D _____, FMH pédiatrie et neuropédiatrie, a signalé à l'office que la pathologie de l'assuré correspondait en réalité à une « paraparésie spastique progressive familiale Strümpell-Lorrain ».![endif]>![if> 6. Par courrier du 12 février 2008, les parents de l'assuré ont requis la prise en charge par l'assurance-invalidité d'un vélo adapté à la maladie de leur fils. Ils ont exposé que son atteinte s'était notablement péjorée depuis une année et que, bien qu'il pouvait encore marcher de façon relativement autonome, il ne disposait plus de l'équilibre nécessaire pour faire du sport hormis de la natation et du vélo.![endif]>![if> 7. Le 27 mars 2008, le docteur E _____, FMH neuropédiatrie, a confirmé à l'OAI que la maladie de Strümpell-Lorrain progressait et devenait handicapante pour les déplacements de l'assuré. Il suggérait la prise en charge par l'assurance-invalidité du vélo sollicité.![endif]>![if> 8. Le 18 avril 2008, le Dr C _____ a également appuyé la demande de prise en charge du vélo, précisant que celui-ci permettrait de compléter la physiothérapie et de faciliter les déplacements de l'assuré. Il a ajouté que la spasticité des membres inférieurs était en progression, mais que cela n'empêchait pas l'assuré de marcher, même si le port d'attelles n'était plus possible. Par ailleurs, l'assuré ne nécessitait pas d'aide supplémentaire comparativement à une personne du même âge en bonne santé.![endif]>![if> 9. Dans un questionnaire transmis le même jour à l'OAI, le Dr E _____ a indiqué, notamment, que la surveillance personnelle nécessitée par le handicap entraînait des frais supérieurs à la normale.![endif]>![if> 10. Le 28 avril 2008, la doctoresse F _____, psychiatre, a diagnostiqué un épisode dépressif léger et un trouble de la personnalité de type narcissique. L'assuré paraissait maigre, cerné, émacié. Sa démarche sur

la pointe des pieds paraissait très pénible, et il perdait fréquemment l'équilibre. Son pronostic était favorable. À son sens, l'assuré n'avait pas besoin d'une aide ou surveillance particulière par comparaison avec une personne en bonne santé.![endif]>![if> 11. Par décision du 26 août 2008, l'OAI a refusé le financement d'un vélo à titre de moyen auxiliaire.![endif]>![if> 12. Par communication du 24 juin 2009, l'office a accepté la prise en charge de chaussures orthopédiques.![endif]>![if> 13. Le 2 mars 2011, la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées (FSCMA) a recommandé la prise en charge d'un fauteuil roulant manuel, sollicité par l'ergothérapeute pour favoriser les déplacements accompagnés sur de longues distances. L'assuré souffrait d'une diminution de l'état général et de son aptitude à la marche.![endif]>![if> 14. Par communication du 3 mars 2011, l'OAI a remis à l'assuré, en prêt, un fauteuil roulant manuel.![endif]>![if> 15. Le 11 avril 2012, les parents de l'assuré ont déposé auprès de l'OAI une demande d'allocation pour impotent destinée aux mineurs. Ils ont déclaré que, depuis que sa maladie avait été diagnostiquée, leur enfant avait besoin de surveillance et d'aide pour se vêtir, se lever, se laver, se doucher, aller aux toilettes, entretenir des contacts sociaux et se déplacer, aussi bien lorsqu'il était chez lui qu'à l'extérieur. Il bénéficiait de divers moyens auxiliaires, notamment d'une chaise roulante, d'attelles et de béquilles. Il faisait également de la physiothérapie depuis 2001.![endif]>![if> À l'appui du formulaire officiel de l'assurance-invalidité, ils ont joint une lettre d'accompagnement dans laquelle ils reprochaient à l'OAI de ne pas les avoir informés du droit de leur enfant à une allocation pour impotent, ce qui avait retardé le dépôt de leur demande. Par conséquent, ils invitaient l'office à se prononcer sur l'octroi de cette allocation avec effet rétroactif. 16. Sur questions de l'OAI, le Dr C_____ a confirmé le 30 avril 2012 que l'assuré était incapable, depuis sa naissance, d'effectuer certains actes ordinaires de la vie. Il était relativement indépendant, mais avait besoin d'aide pour les marches de longue distance. Son état de santé s'aggravait progressivement, mais pouvait être amélioré par une intervention de réaligement des membres inférieurs. L'impotence pouvait aussi être améliorée grâce à des attelles de stabilisation des pieds.![endif]>![if> 17. Le 7 mai 2012, l'OAI a décerné un mandat d'enquête à domicile afin de déterminer le degré d'impotence et le début du droit à l'allocation pour impotent.![endif]>![if> 18. Cette enquête a été réalisée le 7 août 2012. Dans son rapport relatif à l'allocation pour impotent, l'infirmière a évalué le besoin d'aide de l'assuré pour les actes ordinaires de la vie. Elle a conclu que ce dernier, alors âgé de douze ans et huit mois, avait besoin de plus d'assistance pour les actes de la vie quotidienne qu'un enfant du même âge en bonne santé. Depuis toujours, il avait besoin d'une assistance pour quatre actes ordinaires, soit se vêtir, se lever, se laver et se déplacer. Par ailleurs, la demande d'allocation pour impotent, déposée en avril 2012, constituait à son sens une demande tardive, de sorte qu'elle suggérait de fixer le début du droit en avril 2011. Sur ce point, elle a précisé que les médecins de l'assuré n'avaient jamais signalé de besoin d'assistance supplémentaire par rapport à un enfant du même âge.![endif]>![if> 19. Le 23 août 2012, l'OAI a transmis à la mère de l'assuré un projet de décision. Il a fait siennes les conclusions de l'enquête réalisée le 7 août 2012, et a proposé d'accorder une allocation pour impotent de degré moyen rétroactivement depuis le 11 avril 2011.![endif]>![if> 20. Le 25 septembre 2012, les parents de l'assuré ont répondu à l'OAI que ce projet leur paraissait juste. Avant qu'une décision définitive ne soit prise, ils souhaitaient toutefois s'entretenir avec un conseiller de l'office, notamment au sujet du droit rétroactif à l'allocation pour impotent.![endif]>![if> 21. Par courriel du 11 octobre 2012, les parents de l'assuré ont confirmé au collaborateur en charge du dossier que le projet leur convenait. Ainsi

écrivent-ils : « suite à votre récent courrier et à notre conversation téléphonique du 10 octobre courant, je vous confirme que nous approuvons votre décision : droit à une allocation pour impotence moyenne, jusqu'à la majorité de l'enfant. Cette décision nous paraît cohérente. Le paiement rétroactif de cette allocation à laquelle nous aurions eu droit depuis maintes années a été déterminé au 11 avril 2011.... ».[endif]>![if> 22. Par décision formelle du 16 octobre 2012, l'OAI, a confirmé l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 11 avril 2011. ![endif]>![if> 23. Cette décision est entrée en force.![endif]>![if> 24. Par courrier du 26 août 2013, le Dr C_____ a informé l'OAI que l'assuré avait subi une opération de dérotation et extension fémorale distale, ténotomie des adducteurs et abaissement des rotules. L'évolution était défavorable, avec apparition d'une paralysie du nerf sciatique entraînant une récupération plus lente que prévue. Il avait adressé l'assuré au Centre suisse pour paraplégiques afin de maximiser ses chances de récupération.![endif]>![if> 25. Le 23 avril 2015, par l'intermédiaire d'un conseil, le père de l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande tendant à la reconsidération de la décision du 16 octobre 2012. Il sollicitait que l'allocation pour impotent soit accordée depuis la naissance de son fils, subsidiairement depuis le 27 novembre 2002, un an avant l'octroi des mesures médicales de l'assurance-invalidité. ![endif]>![if> Il a reproché à l'OAI de ne pas l'avoir pas rendu attentif au fait que son fils aurait pu prétendre à une allocation pour impotent dès 2003, lorsque des mesures médicales lui avaient été accordées, voire depuis avril 2008, lorsque l'office avait reçu le rapport du Dr E_____. Ce rapport signalait un besoin d'assistance et de surveillance personnelle particulier. S'il avait été dûment informé par l'assurance-invalidité, il aurait déposé la demande d'allocation pour impotent bien avant 2012, lorsque la marraine de l'assuré le lui avait suggéré. 26. Dans un courrier du 5 juin 2015, l'OAI a rétorqué que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas remplies. Sa décision d'octobre 2012 faisait remonter le début du droit au versement de l'allocation pour impotent une année avant le dépôt de la demande, comme le prescrivait la loi. Il n'y avait pas lieu de déroger à ce principe, car les faits fondant le droit aux prestations étaient connus des parents. Le dossier avait été suffisamment instruit, car la demande ne tendait pas à l'octroi d'une allocation pour impotent et le dossier ne témoignait en 2008 d'aucune atteinte suffisamment importante pour évoquer un droit à ladite allocation. Que le Dr E_____ ait coché la case concernant le besoin de surveillance dans un rapport en 2008 ne suffisait pas à démontrer qu'une allocation d'impotent pouvait être due, puisqu'à cette période, l'enfant marchait avec de simples orthèses. De plus, ce n'était qu'en 2011 que la FSCMA avait signalé ses difficultés pour les marches prolongées et qu'un fauteuil roulant lui avait été remis. En admettant que les conditions d'une reconsidération soient remplies, celle-ci ne pourrait quoi qu'il en soit pas remonter avant 2011 car la découverte du prétendu vice affectant la décision était intervenue en 2015, lorsque la demande de reconsidération avait été déposée.![endif]>![if> 27. Par acte du 9 juillet 2015, le père de l'assuré a interjeté recours contre la « décision » du 5 juin 2015 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une allocation pour impotent dès le 11 avril 2007. ![endif]>![if> Le courrier du 5 juin 2015 constituait une décision susceptible de recours, car l'OAI était entré en matière sur requête en reconsidération. Sur le fond, la décision initiale du 16 octobre 2012 était manifestement erronée car elle fixait le début du droit à l'allocation pour impotent en application des règles sur les demandes tardives, alors qu'il avait déposé une demande antérieure qui sauvegardait le droit en question : son courrier du 12 janvier 2008, sollicitant la prise en charge d'un vélo pour son fils, devait être qualifié en ce sens. L'OAI se devait

d'instruire la question d'une allocation pour impotent dès réception du rapport du Dr E. _____ d'avril 2008, lequel signalait un besoin d'assistance et de surveillance particulier. Les pièces transmises par la suite corroboraient la nécessité d'une telle instruction, et la prise en charge d'un fauteuil roulant en 2011 témoignait du fait que l'OAI avait connaissance du handicap de son fils. En définitive, l'office avait enfreint son devoir de conseil en ne lui signalant pas qu'une demande pouvait être déposée, de sorte que le début du droit à l'allocation pour impotent devait être fixé au 11 avril 2007, cinq ans avant le dépôt de la demande formelle d'allocation d'impotent. 28. Dans sa réponse du 1^{er} septembre 2015, l'intimé a conclu à l'irrecevabilité du recours. 29. Invité à se déterminer sur la recevabilité du recours, le père du recourant a répliqué le 23 septembre 2015, en persistant dans son argumentation. 30. L'intimé était entré en matière sur sa demande, en examinant si les conditions matérielles d'une reconsidération étaient réunies, plus particulièrement si la décision était manifestement erronée en tant qu'elle fixait le début du droit à l'allocation pour impotent. L'office avait donc rendu une décision sujette à recours. 31. Le 24 septembre 2015, la chambre de céans a transmis copie de ce courrier à l'intimé et informé les parties que la suite de la procédure était réservée. 32. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. 33. 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). 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Il convient de déterminer si l'intimé est entré en matière sur la requête en reconsidération de la décision entrée en force du 16 octobre 2012, condition préalable à l'examen du recours sur le fond. 4. a. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. 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, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), 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. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). Pour

qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié du 2 juillet 2008, 9C_693/2007, consid. 5.3). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF non publié du 2 juillet 2007, 9C_215/2007, consid. 3.2).

b. De jurisprudence constante, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 117 V 8 consid. 2a p. 12 et les références). Il n'existe ainsi pas de droit à la reconsidération que l'assuré pourrait déduire en justice. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 117 V 8 consid. 2a p. 13, 116 V 62; Meyer-Blaser, Die Bedeutung von Art. 4 Bundesverfassung für das Sozialversicherungsrecht, RDS 111 [1992] II 443 sv.).

5. La chambre de céans constate que l'intimé a examiné de manière détaillée, dans son courrier du 5 juin 2015, les arguments soulevés par le père du recourant à l'appui de sa requête. Il a exposé que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas remplies, dès lors qu'il avait fixé le début du droit au versement de l'allocation pour impotent conformément à l'art. 48 al. 1 LAI. Il a également contesté avoir failli à son devoir de conseil et d'instruction, relevant qu'en 2008, l'assuré pouvait marcher. Ses difficultés pour les marches prolongées n'avaient été signalées qu'en 2011, de sorte que la demande devait être rejetée.

Au regard des critères posés par la jurisprudence, on peut admettre que l'intimé est entré en matière sur la demande de reconsidération. Le refus signifié le 5 juin 2015 était dès lors susceptible d'être attaqué par un recours, quand bien même l'intimé n'avait pas fait mention des voies de droit. Partant, il convient d'examiner si c'est à juste titre que ce dernier a refusé de reconsidérer sa décision entrée en force du 16 octobre 2012.

6. a. Le père du recourant soutient que cette décision est manifestement erronée en tant qu'elle fixe le début du droit au versement de l'allocation pour impotent au 11 avril 2011 sur la base de l'art. 48 al. 1 LAI. Il se prévaut implicitement d'une restitution de délai au sens de l'art. 48 al. 2 LAI, sollicitant le versement de l'allocation pendant les cinq ans précédant le dépôt de sa demande formelle. Pour étayer sa thèse, il allègue d'une part que l'intimé a omis de lui indiquer qu'il pouvait solliciter une allocation pour impotent, omission qui serait à l'origine du dépôt tardif de sa demande, et d'autre part, que le courrier qu'il lui a adressé conjointement avec son épouse le 12 janvier 2008 pour solliciter le

financement d'un vélo doit être assimilé à une demande antérieure ayant sauvegardé le droit de son fils à une allocation pour impotent.![endif]>![if> b. Aux termes de l'art. 48 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, si l'assuré ayant droit à une allocation pour impotent présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Selon l'art. 48 al. 2 LAI, les prestations arriérées sont allouées pour une période plus longue si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit aux prestations et s'il a fait valoir son droit dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2 LAI s'applique lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations. Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 113 consid. 1a). Autrement dit, «les faits ouvrant droit à des prestations que l'assuré ne pouvait pas connaître», au sens de l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI, sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 119 sv. consid. 2c; RCC 1984 p. 420 sv. consid. 1; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) – Commentaire thématique, 2011, n°3233 ss). c. Selon l'art. 29 al. 1 LPGA, 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, 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. (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). d. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Il s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration. Aucun devoir de renseignement ou de conseil n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_557/2010 consid. 4.1). 7. La chambre de céans constate que le courrier du 12 février 2008 se rapporte exclusivement à la prise en charge d'un vélo adapté à la maladie de l'assuré. Il ne contient aucune indication permettant de considérer que les parents du recourant y sollicitaient une allocation pour impotent. Ce document ne fait pas état de difficultés particulières pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, et il ne ressort

pas du dossier que les intéressés souhaitaient obtenir d'autres prestations que celles prises en charge jusqu'alors par l'AI, à savoir des moyens auxiliaires et des mesures médicales. Partant, le courrier sollicitant la prise en charge d'un vélo ne saurait être assimilé à une annonce imprécise qui sauvegarderait le droit de l'assuré à une allocation pour impotent. Corollairement, force est d'admettre qu'aucune demande n'a sauvegardé le droit à l'allocation pour impotent avant le dépôt de la demande formelle en avril 2012.

8. Par ailleurs, une restitution de délai en application de l'art. 48 al. 2 LAI n'entre pas en ligne de compte. Le moyen tiré de l'ignorance du droit à une allocation pour impotent ne justifie pas, selon la jurisprudence, l'octroi de prestations pour une période de plus de douze mois avant le dépôt de la demande formelle à l'AI (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral I 2/02 du 16 septembre 2002, consid. 4.2 ; H 217/04 du 3 août 2005, consid. 4.2). C'est lorsque l'assuré n'avait pas connaissance des faits ouvrant droit à des prestations d'invalidité, autrement dit de son atteinte à la santé, qu'il peut prétendre à une restitution de délai sur la base de cette disposition, mais pas lorsqu'il ignorait que les faits en question lui donnaient droit à d'éventuelles prestations.

9. L'argumentation du père de l'assuré, selon laquelle l'OAI aurait violé son devoir de conseil en omettant de le rendre attentif au fait qu'il pouvait solliciter une allocation pour impotent, ne démontre pas en quoi la décision du 16 octobre 2012 serait manifestement inexacte. L'intéressé fonde essentiellement son point de vue sur le rapport du 18 avril 2008 du Dr E _____, dans lequel ce médecin a répondu « oui » à la question de savoir si la surveillance découlant du handicap entraînait des frais supérieurs à la normale. Cependant, force est de constater que dans deux autres rapports transmis à l'OAI presque simultanément, les Drs C _____ et F _____ ont répondu à la même question par la négative (cf. rapports des 18 et 28 avril 2008). De plus, il ressort du courrier de février 2008 sollicitant la prise en charge du vélo qu'à cette époque, l'assuré était capable de marcher de manière relativement autonome. Ce n'est qu'en 2011 qu'un fauteuil roulant lui a été prêté pour les déplacements longs. Cela étant, on ne peut considérer qu'en 2008, l'assuré présentait un besoin d'assistance tel que l'intimé aurait spontanément dû inviter ses parents à déposer une demande d'allocation d'impotent. Ce n'était a fortiori pas le cas non plus au moment du dépôt de la demande de moyens auxiliaires en 2003. À supposer qu'une demande ait été déposée plus tôt, rien ne permet d'affirmer qu'un droit à une allocation pour impotent aurait été reconnu dès 2007. Dans la mesure où les rapports versés au dossier témoignent tous d'une détérioration progressive des membres inférieurs, les conclusions de l'enquête réalisée en 2012 ne sauraient sans autre être transposées en 2007, car l'état de santé n'était pas le même. Par conséquent, il n'est pas établi que le comportement de l'intimé ait occasionné un préjudice pour l'assuré.

10. Enfin, il sied de relever que la décision d'octroi d'allocation d'impotent de 2012 est entrée en force, le père de l'assuré n'ayant pas interjeté de recours. Au stade du préavis, il avait même expressément confirmé son accord avec le projet de décision en tant qu'il fixait le début du droit au versement de l'allocation d'impotent en avril 2011 (cf. courriel du 11 octobre 2012). C'est le lieu de relever que la reconsidération n'est pas un instrument destiné à permettre aux assurés de faire valoir des arguments qu'ils ont renoncé à invoquer dans le cadre d'une procédure de recours. De jurisprudence constante, les demandes de reconsidération ne sauraient servir à remettre continuellement en cause des décisions administratives entrées en force ou à contourner les règles sur les délais de recours et ébranler de la sorte la sécurité du droit (ATF 136 II 177 consid. 2.1; 120 Ib 42 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 2A.574/2005 du 2 février 2006 consid. 2.1).

11. Au vu de ce qui précède, l'intimé n'a pas commis d'erreur

manifeste en fixant le début du droit au versement de l'allocation pour impotent une année avant le dépôt de la demande formelle auprès de l'OAI. Les conditions d'une reconsidération de la décision du 16 octobre 2012 ne sont donc pas remplies.!

12. Pour le surplus, le père de l'assuré ne se prévaut d'aucun fait nouveau découvert subséquent à la décision susmentionnée. Il n'y a donc pas matière à révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPG. !

13. Mal fondé, le recours est rejeté. !

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.