

S1 14 165

**JUGEMENT DU 2 NOVEMBRE 2015**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et  
Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière

**en la cause**

X\_\_\_\_\_, recourant, agissant par sa mère M\_\_\_\_\_

**contre**

**Office cantonal AI du Valais**, intimé

(art. 42 al. 1 et 2 et art. 48 LAI ; allocation pour impotent, prestation arriérée  
en cas de demande tardive)

## Faits

A. X\_\_\_\_\_, né le xxx 2001, a déposé le 17 février 2005, par ses parents A\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, une demande de prestations AI pour mineurs, en sollicitant des subsides pour une formation scolaire spéciale. Cette demande était appuyée par un rapport de la même date, dans lequel B\_\_\_\_\_, pédagogue en éducation précoce et enseignante spécialisée, a expliqué avoir vu X\_\_\_\_\_, sur demande du médecin traitant, en raison d'un retard dans les acquisitions et le développement personnel de cet enfant.

Dans son rapport du 30 mai 2005, le Dr C\_\_\_\_\_, pédiatre traitant, a posé le diagnostic de retard du développement avec retard de langage et troubles du comportement (agressivité, crises de colère, refus alimentaire et encoprésie sévère) depuis l'âge de dix-huit mois. Ce médecin a précisé qu'il suivait X\_\_\_\_\_ depuis le 5 octobre 2001, que l'enfant avait été pris en charge par le Service éducatif itinérant (ci-après : SEI) depuis février 2005, que son état de santé s'améliorait, que des mesures médicales permettraient d'améliorer son intégration ultérieure dans une activité lucrative et qu'il ne nécessitait pas une assistance et/ou une surveillance personnelle découlant du handicap par rapport à une personne non handicapée et du même âge.

Par décision du 30 septembre 2005, l'Office AI a pris en charge les coûts d'éducation précoce dispensée par le SEI, du 1<sup>er</sup> février 2005 au 30 juin 2006.

Dans un rapport du 30 mars 2006 à l'attention de la direction des écoles primaires, dont la teneur a été reprise le 7 septembre suivant dans un courrier adressé à l'Office AI, D\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute du Centre cantonal pour le développement et la thérapie de l'enfant et de l'adolescent (ci-après : CDTEA), a relevé que l'intégration de X\_\_\_\_\_ en classe enfantine avait été difficile, que cet enfant présentait des potentialités intellectuelles limitées, que son niveau de langage et son développement psychomoteur accusaient un retard important, qu'il y avait des signes d'un trouble envahissant du développement (difficulté à entrer en communication, émotions peu différenciées, incapacité à donner un sens à ses perceptions et à les mettre en lien, comportements stéréotypés, etc...) mais que, tout en continuant à présenter un retard global important, l'enfant avait montré des signes

d'évolution en une année (curiosité, imitation, capacité à jouer, autonomie et capacité relationnelle) (pièces 16 et 25).

A l'issue d'une évaluation ambulatoire entre le 27 janvier et le 19 mai 2006, la Dresse E\_\_\_\_\_, cheffe de clinique en psychiatrie pour enfants et adolescents à l'Hôpital F\_\_\_\_\_, a rédigé le 17 juillet suivant un compte-rendu à l'attention du Dr C\_\_\_\_\_. Elle y a posé les diagnostics suivants : « trouble envahissant du développement, sans précision, encoprésie non organique ; trouble spécifique mixte du développement ; retard mental léger ; probable privation d'expériences et communication intrafamiliale inadéquate ou distordue ; incapacité sociale importante et envahissante ». Elle a évoqué un enfant plutôt déprimé mais souligné que celui-ci était dans une dynamique évolutive et présentait actuellement une meilleure capacité à se séparer et à avoir du plaisir.

Le 4 septembre 2006, le Dr C\_\_\_\_\_ a complété un nouveau rapport. Il a diagnostiqué un retard mental avec un quotient intellectuel de 54 depuis septembre 2005, un trouble envahissant du développement avec troubles du comportement dès le début de l'année 2004, des difficultés scolaires depuis août 2005 ainsi qu'une encoprésie sur constipation rebelle dès l'été 2004. Il a relevé que son patient présentait des infirmités congénitales selon les chiffres 401 (psychoses primaires du jeune enfant et autisme infantile, selon la version alors en vigueur), 402 (alors abrogé) et 404 (troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, selon la version alors en vigueur) de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (ci-après : OIC). Ce pédiatre a ajouté à nouveau que l'état de santé de X\_\_\_\_\_ s'améliorait, que des mesures médicales permettraient d'améliorer l'intégration ultérieure de celui-ci dans une activité lucrative et que l'enfant ne nécessitait pas une assistance et/ou une surveillance personnelle découlant du handicap par rapport à une personne non handicapée et du même âge.

En complétant le 7 décembre 2006 un rapport transmis par l'Office AI, la Dresse E\_\_\_\_\_ a mentionné les diagnostics d'oligophrénie selon le chiffre 403 de l'OIC, de trouble envahissant du développement, sans précision et de trouble spécifique mixte du développement. Elle a répondu que l'état de santé de X\_\_\_\_\_ s'améliorait, que des mesures médicales ne permettraient pas d'améliorer l'intégration ultérieure de celui-ci dans une activité lucrative et que l'assistance et la surveillance personnelle découlant du handicap n'entraînaient pas de frais supplémentaires par rapport à une personne non handicapée et du même âge.

Le 16 janvier 2007, le Dr G\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a émis un avis. Il y a retenu qu'un retard mental léger ainsi qu'un trouble envahissant du développement avaient des répercussions sur la capacité de l'assuré à suivre une formation scolaire normale. Il a souligné que les troubles étaient graves, avec des limitations intellectuelles, des traits psychotiques et des troubles du comportement incluant une agressivité ainsi qu'une faible tolérance au stress et que les conditions médicales pour l'octroi d'une formation scolaire spéciale étaient remplies. Il a ajouté que l'enfant présentait des infirmités congénitales selon les chiffres 401 et 403 de l'OIC (comportement éréthique), lesquelles ouvraient le droit à des mesures médicales.

Par communications des 23 janvier et 21 février 2007, l'Office AI a octroyé à X\_\_\_\_\_ une formation scolaire spéciale, du 1<sup>er</sup> août 2006 au 30 juin 2007 ainsi que des mesures médicales relatives à l'infirmité congénitale selon le chiffre 403 de l'OIC, du 30 août 2005 au 31 août 2008.

Dans sa demande adressée le 4 juillet 2007 à l'Office AI, D\_\_\_\_\_ a précisé que la progression de X\_\_\_\_\_ était lente, que celui-ci montrait une meilleure adaptation au contexte scolaire, que son comportement s'était normalisé, que cette attitude allait permettre l'accès aux apprentissages encore inexistant en fin de deuxième enfance à redoubler et que l'étayage de l'adulte devait être constant. Cette psychologue et psychothérapeute a requis la prolongation des mesures de scolarisation spéciale.

En date du 17 septembre 2007, l'Office AI a prolongé ces mesures du 20 août 2007 au 30 juin 2008.

Le Dr C\_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 8 avril 2009, diagnostiqué un trouble envahissant du développement (psychose infantile) depuis 2004, avec encoprésie massive sur constipation rebelle dès l'été 2004, ainsi qu'un retard mental avec quotient intellectuel de 48. Il a souligné que son patient présentait des infirmités congénitales selon les chiffres 401 - alors en vigueur - et 403 de l'OIC. Il a mentionné à nouveau que l'état de santé de son patient s'améliorait, que des mesures médicales permettraient d'améliorer sensiblement l'intégration ultérieure de celui-ci dans une activité lucrative, que X\_\_\_\_\_ avait besoin d'une prise en charge pédopsychiatrique et médicale de son encoprésie sévère et de sa psychose et qu'il n'y avait pas de besoin d'un surcroît d'aide et de surveillance personnelle du mineur handicapé comparativement à un mineur du même âge en bonne santé. Le

Dr C\_\_\_\_\_ a relevé enfin que l'enfant rencontrait de graves difficultés d'apprentissage scolaire, qu'il ne dérangeait pas mais qu'il était perdu.

Le Dr H\_\_\_\_\_, chef de clinique du Centre de compétences en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Hôpital F\_\_\_\_\_, a mentionné dans son rapport du 8 juin 2009 les diagnostics d'oligophrénie selon le chiffre 403 de l'OIC, de trouble envahissant du développement, sans précision et de trouble spécifique mixte du développement. Il a fait état d'un quotient intellectuel de 48 selon le test effectué par le CDTEA en février 2009. Le Dr H\_\_\_\_\_ a répondu que l'état de santé de l'enfant était stationnaire, que des mesures médicales ne permettraient pas d'améliorer sensiblement l'intégration ultérieure de celui-ci dans une activité lucrative, que X\_\_\_\_\_ avait besoin de traitements sous forme de psychomotricité, de logopédie et de psychothérapie ainsi que d'un encadrement scolaire spécifique et qu'il n'y avait pas de besoin d'un surcroît d'aide et de surveillance personnelle du mineur handicapé comparativement à un mineur du même âge en bonne santé.

Par communications du 29 juin 2009, l'Office AI a prolongé les mesures médicales justifiées par les infirmités congénitales selon les chiffres 401 et 403 (comportement éréthique ou apathique) de l'OIC du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 31 août 2013.

En date du 31 décembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état chez X\_\_\_\_\_ de trouble envahissant du développement (psychose infantile) depuis 2004, de retard mental avec quotient intellectuel de 48 en 2009, de grosses difficultés d'apprentissage et de troubles logopédiques. Il a souligné que son patient présentait des infirmités congénitales selon les chiffres 401 - alors abrogé - et 403 de l'OIC, des troubles du comportement, en particulier de l'agressivité, des difficultés de communication ainsi que d'importantes limitations dans les apprentissages, lesquels étaient lents, que l'examen somatique était normal, hormis une maladresse motrice connue, et qu'il était scolarisé en internat à l'Institut I\_\_\_\_\_ à J\_\_\_\_\_ depuis le 23 août 2010. Le Dr C\_\_\_\_\_ a mentionné en outre que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que des mesures médicales permettraient d'améliorer sensiblement l'intégration ultérieure de celui-ci dans une activité lucrative, que X\_\_\_\_\_ avait besoin de thérapies en logopédie, en pédopsychiatrie et en psychomotricité et qu'il n'y avait pas de besoin d'un surcroît d'aide ou de surveillance personnelle du mineur handicapé comparativement à un mineur du même âge en bonne santé.

**B.** Le 13 février 2014, X\_\_\_\_\_, par sa mère M\_\_\_\_\_, a déposé une demande d'allocation pour impotent. Il y était exposé que l'impotence était due à une

infirmité congénitale, que depuis toujours, l'assuré avait besoin d'une aide indirecte sous forme d'une présence et de stimulation pour se vêtir et se dévêtir, pour se lever et se coucher, pour manger car il n'exprimait pas sa sensation de faim, pour se laver, se coiffer, se doucher et se baigner ainsi que pour se déplacer à l'extérieur, au vu de son inconscience du danger, et entretenir des contacts sociaux et qu'une surveillance personnelle de l'enfant était nécessaire de jour comme de nuit, étant donné que celui-ci ne pouvait pas rester seul.

Le Dr C\_\_\_\_\_ a complété le 27 mars 2014 un questionnaire en vue de déterminer l'impotence pour mineurs. Il a répondu que X\_\_\_\_\_ avait besoin d'une aide régulière et importante (directe ou indirecte) pour se vêtir et se dévêtir, notamment pour choisir les habits adéquats, pour manger, soit pour couper les aliments, pour faire sa toilette, pour contrôler la propreté après être allé aux toilettes ainsi que pour se déplacer à l'extérieur et établir des contacts avec l'entourage, étant donné qu'il n'avait pas conscience des dangers et se montrait souvent agressif, qu'il devait être accompagné pour les visites médicales et/ou thérapeutiques et qu'une aide durable dans le cadre des soins de base ainsi qu'une surveillance personnelle étaient nécessaires de jour. Le Dr C\_\_\_\_\_ a souligné que son patient souffrait de troubles du spectre autistique et que l'accompagnement d'un adulte (parent ou personne formée) était nécessaire au quotidien.

Par communication du 1<sup>er</sup> avril 2014, l'Office AI a octroyé à l'assuré des mesures médicales relatives à l'infirmité congénitale selon le chiffre 406 de l'OIC (psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année), du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 août 2015.

L'Office AI a établi un rapport d'enquête d'impotence pour mineur le 22 mai 2014. Il en ressort que X\_\_\_\_\_ a besoin d'une aide régulière (directe ou indirecte) pour se vêtir et se dévêtir depuis août 2004, pour préparer ses vêtements depuis août 2011, pour se lever, s'asseoir et se coucher depuis juillet 2003, pour couper les aliments depuis août 2009, pour se baigner et se doucher depuis août 2007, pour se laver depuis août 2009 et pour se déplacer à l'extérieur ainsi qu'établir des contacts sociaux avec l'entourage depuis août 2007. Toujours selon ce rapport, une aide permanente dans le cadre de traitements était également nécessaire de jour, en relation avec quatre consultations par an environ chez le Dr C\_\_\_\_\_, de même qu'une surveillance personnelle de jour depuis août 2007. Quant au surcroît de temps pour soins intenses, il correspondait à deux heures et cinquante-et-une minutes par jour.

**C.** Par projet de décision du 2 juin 2014, l'Office AI a proposé d'octroyer à X\_\_\_\_\_ une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1<sup>er</sup> février 2013 soit, en application de l'article 48 alinéa 1 LAI, pour les douze mois précédant le dépôt de la demande du 13 février 2014. Dit office a considéré que l'assuré nécessitait de l'aide pour accomplir cinq actes ordinaires de la vie, son autonomie pour aller aux toilettes étant toutefois préservée. Il a ajouté que le surcroît de temps pour soins intenses constaté lors de l'enquête sur l'impotence était inférieur au seuil de quatre heures par jour ouvrant le droit à un supplément pour soins intenses.

Le 2 juin 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a souligné que X\_\_\_\_\_ nécessitait un surcroît d'aide et de surveillance personnelle par rapport à un mineur du même âge en bonne santé, que ce fait aurait dû être indiqué dans ses deux rapports de 2009 et de 2013, qu'en raison de ce surcroît d'aide et de surveillance consécutif à la psychose infantile et au retard mental du patient, celui-ci avait dû être placé en milieu éducatif à l'\_\_\_\_\_ depuis la rentrée scolaire 2010 et qu'il soutenait ainsi la démarche de la mère du patient, qui demandait l'allocation pour impotent depuis 2009 déjà.

Dans un courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2014, X\_\_\_\_\_, par sa mère M\_\_\_\_\_, a demandé à ce que l'avis émis le 2 juin précédent fût considéré comme une contestation du projet de décision du même jour.

Par décision du 28 juillet 2014, l'Office AI a octroyé à l'assuré une allocation pour impotent de degré moyen depuis le 1<sup>er</sup> février 2013. Il a exposé que selon la jurisprudence, il n'y avait pas de demande tardive lorsque l'administration, à l'occasion de l'examen d'une première demande de prestations suffisamment motivée, n'avait pas vu le droit de la personne assurée à des prestations et n'avait pas pris de décision à leur sujet et qu'en cas de dépôt ultérieur d'une nouvelle demande, le versement des prestations arriérées était alors soumis au délai de péremption de cinq ans, à compter rétroactivement du dépôt de la nouvelle demande. L'Office AI a fait remarquer que si, effectivement, les conditions d'octroi à l'allocation précitée étaient remplies à compter de 2009/2010, rien au dossier ne lui permettait de déterminer que l'assuré avait besoin d'aide et de surveillance avant le dépôt de la demande d'allocation pour impotent, le pédiatre traitant ainsi que les pédopsychiatres n'ayant jamais indiqué un tel besoin et le Dr C\_\_\_\_\_ ayant surtout évoqué des difficultés liées à la scolarité.

**D.** Le 12 août 2014, X\_\_\_\_\_, par sa mère M\_\_\_\_\_, a interjeté recours césans contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation ainsi qu'à l'octroi de l'allocation pour impotent depuis février 2009. Il a expliqué qu'avant un entretien avec

la Fondation K\_\_\_\_\_ en février 2014, les médecins et institutions spécialisées ne l'avaient jamais informé de son droit à cette allocation, que sa mère n'avait pas assez insisté sur le fait qu'il ne pouvait pas s'habiller, se doucher ou accomplir certains actes ordinaires de la vie que d'autres enfants du même âge étaient capables d'effectuer, que le Dr C\_\_\_\_\_ avait reconnu avoir, par oubli et inattention, omis de communiquer ces informations et qu'à présent, c'était lui-même et sa mère qui s'en trouvaient pénalisés.

Dans sa réponse du 23 septembre 2014, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, en précisant n'avoir rien à ajouter à la motivation de cette décision.

Le 23 octobre 2014, le recourant a encore fait valoir que sa situation correspondait à celle prévue à l'article 48 alinéa 2 LAI et qu'il était contradictoire de la part de l'Office AI de reconnaître, d'une part, que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent étaient remplies depuis 2009 déjà et, d'autre part, de prétendre que rien au dossier ne permettait de déterminer son besoin d'aide avant le dépôt de la demande correspondante. Il a ajouté que la Dresse E\_\_\_\_\_ avait indiqué en 2006 qu'il souffrait de psychose infantile et de trouble envahissant du comportement, que son manque d'autonomie était reconnu par l'Institut I\_\_\_\_\_ depuis 2010, qu'a fortiori, ce manque d'autonomie existait déjà quand il était plus jeune et que sa pathologie reconnue aurait dû suffire à la mise en œuvre d'une enquête sur sa situation concrète. Il a prétendu en outre que l'un de ses camarades également admis dans cet institut avait bénéficié d'un droit rétroactif de cinq ans à une allocation pour impotent, qu'à cet égard, il invoquait le principe de l'égalité de traitement et que s'il avait été informé à temps de son droit à une telle prestation, il aurait entrepris les démarches nécessaires auprès de l'Office AI. Outre les rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 30 mai 2005, 4 septembre 2006 et 2 juin 2014 et de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 17 juillet 2006 figurant déjà au dossier de l'Office AI, d'autres documents étaient joints à cette écriture, à savoir :

- Un avis de l'Institut I\_\_\_\_\_, daté du 17 octobre 2014, duquel il ressortait que X\_\_\_\_\_ y était élève interne depuis le 23 août 2010, qu'il bénéficiait d'une prise en charge spécialisée, d'un enseignement spécialisé et de thérapies en raison de son important retard intellectuel et de troubles envahissants du développement qui le handicapait gravement au quotidien, que l'institut n'avait plus transmis de rapport à l'Office AI car dès 2008, l'Office fédéral des assurances sociales s'était retiré du financement des institutions

spécialisées, que la mère de cet élève n'avait pas été informée du droit de son fils par les différents médecins, que cette situation était visée à l'alinéa 2 de l'article 48 LAI et que dans des cas similaires, l'allocation pour impotent avait été octroyée avec un effet rétroactif de cinq ans.

- Une appréciation du 21 octobre 2014, dans laquelle le Dr C\_\_\_\_\_ a exposé que, si ses deux rapports adressés en 2009 et 2013 à l'Office AI ne comportaient pas, malencontreusement, de croix dans la case relative à un surcroît d'aide et de surveillance, dit office pouvait suspecter à la lecture des divers comptes-rendus établis depuis 2005 que X\_\_\_\_\_, lequel souffrait non seulement d'un retard de développement mais également de troubles du comportement avec agressivité, crises de colère, hyperactivité, refus alimentaire et encoprésie sévère, nécessitait une attention particulière et une surveillance constante, occasionnait un surcroît de travail aux personnes de son entourage qu'il épuisait au demeurant et avait ainsi droit à une allocation pour impotent au moins depuis 2006. Ce médecin a ajouté que les problèmes liés à l'encoprésie sévère et les graves difficultés familiales avaient focalisé l'attention des soignants, que les éléments relatifs à une demande d'allocation pour impotent avaient de ce fait été négligés et que le passage, de l'assurance-invalidité fédérale aux cantons, de la prise en charge de la formation scolaire spéciale avait favorisé la non-continuité des informations à l'attention de l'Office AI.
- La demande, formulée le 22 mars 2010 par le Dr C\_\_\_\_\_, d'intégrer X\_\_\_\_\_ à l'Institut I\_\_\_\_\_, dans laquelle ce pédiatre a insisté sur les importantes difficultés d'apprentissage et d'intégration en classe de son patient et mentionné également que les comportements d'agressivité et les conduites à risque de l'enfant nécessitaient une surveillance constante de l'entourage, en particulier de la mère qui n'arrivait plus à faire face du point de vue éducatif.

Ont également été produits céans, en novembre 2014, les rapports des 30 mars 2006, 7 septembre 2006 et 4 juillet 2007 de D\_\_\_\_\_, lesquels figuraient déjà au dossier de l'Office AI, ainsi que ceux, datés des 24 juin 2009 et 23 novembre 2011, de L\_\_\_\_\_, également psychologue au CDTEA. Celle-ci y a fait état du bilan intellectuel de X\_\_\_\_\_, effectué en février 2009, ainsi que de la nécessité d'un encadrement scolaire répondant aux besoins de celui-ci.

Les 11 et 18 novembre 2014, l'Office AI a souligné que tant les rapports du pédiatre traitant que ceux des pédopsychiatres niaient le besoin de l'assuré d'une aide supplémentaire à celle nécessitée par un enfant du même âge en bonne santé, que les rapports du Dr C\_\_\_\_\_ indiquaient surtout des difficultés liées à la scolarité mais non aux actes ordinaires de la vie, que ceux du CDTEA déposés en cause en novembre 2014 traitaient de la situation sur le plan scolaire et éducatif mais non des aspects spécifiques à l'impotence, celui du 4 juillet 2007 signalant d'ailleurs que le comportement de l'enfant s'était normalisé, et que la demande adressée le 22 mars 2010 à l'Institut I\_\_\_\_\_ par le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas été portée à sa connaissance. Cet office a ajouté qu'un simple diagnostic médical ne suffisait pas, en l'absence d'autres éléments déterminants, à établir une impotence et qu'ainsi, ce n'était pas fautivement qu'il n'avait pas examiné, avant la demande formelle de février 2014, si l'assuré avait besoin d'une assistance susceptible d'ouvrir un droit à une allocation pour impotent.

Dans ses ultimes remarques du 14 janvier 2015, le recourant a invoqué que le trouble autistique dont il souffrait de longue date n'avait pas d'influence que sur sa scolarité mais également sur sa vie quotidienne et que sa mère s'était rendu compte lorsqu'il avait cinq ou six ans qu'il ne se développait pas comme les enfants de son âge. Les rapports suivants étaient annexés à son écriture :

- Un certificat rédigé le 12 janvier 2015 par le Dr H\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du Service de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital N\_\_\_\_\_, dans lequel ce spécialiste a attesté que le comportement et les difficultés de X\_\_\_\_\_ nécessitaient depuis plusieurs années une présence, une prise en charge, un soutien, un encadrement et un accompagnement importants du point de vue tant éducatif que familial.
- Une demande initiale de mesures scolaires spéciales pour mineurs complétée en 2008 à l'attention du Secrétariat à la formation scolaire spéciale du canton de O\_\_\_\_\_ où la famille du recourant avait déménagé à cette époque, de laquelle il ressortait qu'hormis dans le contrôle de ses sphincters, X\_\_\_\_\_ était autonome pour accomplir les gestes de la vie quotidienne (par exemple : s'habiller, manger avec des couverts, utiliser une brosse à dents ou à cheveux, ranger ses affaires, etc...), s'occuper de son hygiène au quotidien (par exemple : utiliser les toilettes, se doucher régulièrement, se laver les mains après certaines activités, etc...) et se déplacer entre les différents espaces mis

à sa disposition (par exemple : organiser des trajets dans son contexte de vie, aller chercher des objets dans une autre classe, se déplacer jusqu'à la cour de récréation, se déplacer entre la maison et l'école, utiliser les transports publics, effectuer des courses simples, etc...) et qu'il présentait depuis sa naissance des problèmes de comportement à la maison comme à l'école, en ce sens qu'il cherchait souvent la bagarre.

- Un rapport d'évaluation médico-psychologique établi à la fin de l'année 2007 par P\_\_\_\_\_, psychologue à O\_\_\_\_\_, comportant les diagnostics de trouble envahissant du développement, d'encoprésie non organique, de trouble de l'acquisition du langage, de trouble spécifique mixte du développement, de retard mental léger avec un quotient intellectuel oscillant entre 50 et 69 ainsi que d'incapacité sociale importante et envahissante et concluant à la prise en charge nécessaire en centre médico-pédagogique.
- Un rapport dressé à fin 2007 également par la Dresse Q\_\_\_\_\_ du Service médico-pédagogique à l'attention de l'Office AI du canton de O\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin a confirmé les diagnostics précités et mentionné une infirmité congénitale selon le chiffre 401 de l'OIC, en ajoutant que l'état de santé de X\_\_\_\_\_ s'améliorait, que des mesures médicales étaient susceptibles d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur, qu'un traitement sous forme de logopédie, de psychomotricité et de psychothérapie ainsi qu'une formation scolaire spéciale étaient nécessaires et que le patient avait également besoin d'aide supplémentaire ou de surveillance personnelle comparativement à une personne du même âge et en bonne santé. La première page de ce rapport comporte la mention manuscrite suivante : « non envoyé pour cause de départ du patient en Valais ».

L'Office AI a fait remarquer le 3 février 2015 que les documents médicaux joints à la dernière écriture du recourant n'étaient pas déterminants car ils n'avaient pas été portés à sa connaissance auparavant et que du reste, la demande initiale de mesures scolaires spéciales pour mineurs complétée en 2008 confirmait que l'assuré était autonome pour accomplir les actes ordinaires de la vie, à l'exception du contrôle des sphincters.

L'échange d'écritures a été clos le lendemain.

### **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 12 août 2014, le présent recours à l'encontre de la décision du 28 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.1 Le présent litige ne porte pas sur le droit à une allocation pour impotent de degré moyen ni d'ailleurs sur le moment à partir duquel les conditions de ce droit étaient remplies, mais uniquement sur la date dès laquelle ce droit doit être octroyé.

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).

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'article 42bis est réservé (art. 42 al. 1 LAI). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (art. 37 al. 2 let. a RAI) ; 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 (art. 37 al. 2 let. b RAI) ; ou 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'article 38 (art. 37 al. 2 let. c RAI).

Le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée (art. 24 al. 1 LPGA).

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'article 24 alinéa 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande (art. 48 al. 1 LAI). Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes : il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations (art. 48 al. 2 let. a LAI) ; 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 (art. 48 al. 2 let. b LAI). Cet article 48 LAI, dans sa nouvelle teneur selon le chiffre I de la loi fédérale du 18 mars 2011 (sixième révision de l'AI, premier volet : RO 2011 5659), est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Le nouvel article 48 LAI rétablit le droit au versement d'arriérés pour l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires, tel qu'il s'appliquait avant la cinquième révision de la LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Celle-ci avait modifié cette disposition en l'adaptant à l'article 29 LAI (rentes) et à l'article 10 alinéa 1 LAI (mesures de réinsertion et d'ordre professionnel). Le droit aux arriérés concernant l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires était alors passé d'un an à cinq ans sans que cela ne corresponde à l'intention du législateur. Cela a créé une inégalité de traitement par rapport à l'allocation pour impotent de l'AVS, pour laquelle le droit aux arriérés est limité à douze mois selon l'article 46 alinéa 2 LAVS, et l'application de la disposition n'était guère possible. Aussi le droit antérieur à la cinquième révision devait-il être restauré pour les prestations énoncées [message du Conseil fédéral du 24 février 2010 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (sixième révision, premier volet), FF 2010 1647 (1733) ; cf. également Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht (RBS), 3<sup>ème</sup> éd. 2014, no 2 ad art. 48, p. 523].

La prestation en question est allouée pour une période plus longue que douze mois, lorsque l'assuré ne pouvait pas connaître l'état de fait ayant établi son droit à cette prestation et qu'il fait valoir celui-ci au plus tard douze mois après avoir eu connaissance de cet état de fait (art. 48 al. 2 LAI). Est alors réservé dans ces cas le délai de péremption de cinq ans de l'article 24 alinéa 1 LPGA, pour le calcul duquel le mois de la demande de prestation est déterminant. Le recours à ce délai se justifie lorsque l'assuré, pour des motifs de force majeure, n'était objectivement pas en mesure de connaître l'état de fait ayant établi son droit à la prestation demandée. Un

état de fait au sens de l'article 48 alinéa 2 lettre a LAI s'entend d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique propre à fonder un droit à une prestation. La jurisprudence n'admet que de manière très restrictive les situations dans lesquelles cet état de fait déterminant n'était pas reconnaissable ou dans lesquelles la personne assurée, malgré une connaissance objective de ce fait, était empêchée par sa maladie de déposer une demande de prestation ou de charger quelqu'un d'autre de cette démarche. C'est la connaissance par l'assuré ou son représentant légal de l'état de fait justifiant un droit à une prestation qui est déterminante. Le fait que des tiers autorisés par l'article 66 alinéa 1 RAI à faire valoir le droit de l'assuré aux prestations aient déjà eu connaissance de cet état de fait à un moment antérieur ne s'oppose pas au droit au paiement rétroactif sur une période remontant au-delà des douze mois précédant le dépôt de la demande (Meyer/Reichmuth, op. cit., nos 5 à 7 ad art. 48, p. 525 et 526 et les références, en particulier l'ATF 139 V 289 consid. 4.2 et 6.1).

Tous les êtres humains sont égaux devant la loi (art. 8 al. 1 Cst. féd.). Une décision viole le principe de l'égalité de traitement lorsqu'elle établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à régler ou lorsqu'elle omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, c'est-à-dire lorsque ce qui est semblable n'est pas traité de manière identique et lorsque ce qui est dissemblable ne l'est pas de manière différente (cf. notamment l'ATF 131 I 394 consid. 4.2 et les références).

**2.2** C'est à juste titre que l'Office AI a, dans la décision entreprise puis dans ses écritures des 11 et 18 novembre 2014, invoqué que rien au dossier ne lui permettait de déterminer, avant le dépôt de la demande d'allocation pour impotent, que l'assuré avait besoin d'aide et de surveillance. Les formulaires transmis par cet office aux différents médecins pour le renseigner sur l'état de santé de la personne assurée comportent, à dessein, une rubrique spécialement consacrée à l'éventuel besoin d'assistance et/ou de surveillance personnelle de celle-ci. Or, tant les rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 30 mai 2005, 4 septembre 2006, 8 avril 2009 et 31 décembre 2013 que ceux de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2006 et du Dr H\_\_\_\_\_ du 8 juin 2009 comportent une réponse négative à cette question. Tel est également le cas de la demande initiale de mesures scolaires spéciales pour mineurs complétée en 2008 à O\_\_\_\_\_ et produite le 14 janvier 2015 en la présente cause, dans laquelle il a été précisé que sauf en ce qui concernait le contrôle de ses sphincters, X\_\_\_\_\_ était autonome pour accomplir les gestes de la vie quotidienne, s'occuper de son hygiène au quotidien et se déplacer entre les différents espaces mis à sa disposition, ce alors

même que dans ladite demande, des problèmes de comportement à la maison comme à l'école ont été signalés dès la naissance.

Le seul rapport où il a clairement été mentionné que l'assuré avait besoin d'aide supplémentaire ou de surveillance personnelle comparativement à une personne du même âge et en bonne santé est celui établi par la Dresse Q\_\_\_\_\_. Ce rapport n'a semble-t-il pas été transmis à l'Office AI, ni à O\_\_\_\_\_ ni en Valais, pas plus d'ailleurs que la demande précitée de 2008. Il en va de même de la requête adressée le 22 mars 2010 par le Dr C\_\_\_\_\_ à l'Institut I\_\_\_\_\_, requête justifiée par le pédiatre traitant non seulement par les importantes difficultés d'apprentissage et d'intégration en classe rencontrées par son patient, mais également par les comportements d'agressivité et les conduites à risque de celui-ci qui nécessitaient une surveillance constante de l'entourage.

Quant aux rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 2 juin et 21 octobre 2014, à l'avis de l'Institut I\_\_\_\_\_ du 17 octobre 2014 et au certificat du Dr H\_\_\_\_\_ du 12 janvier 2015, ils ne font que confirmer, postérieurement au dépôt de la demande d'allocation pour impotent le 13 février précédent et pour les besoins des contestations de l'assuré, la nécessité d'une aide et d'une surveillance qui existait certes depuis plusieurs années, mais qui n'avait pas été portée à la connaissance de l'Office AI avant cette demande. Contrairement à ce qu'a prétendu le recourant dans son écriture du 23 octobre 2014, ces circonstances ne se contredisent nullement. A cet égard, la Cour ne saurait se rallier aux considérations exprimées le 21 octobre 2014 par le Dr C\_\_\_\_\_ et reprises deux jours plus tard par le recourant. A teneur de celles-ci, bien que les rapports du pédiatre traitant datés de 2009 et 2013 ne comportaient pas, malencontreusement, de croix dans la case relative à un surcroît d'aide et de surveillance, l'Office AI pouvait néanmoins suspecter un tel besoin chez l'assuré à la lecture des divers comptes-rendus établis depuis 2005, puisque ceux-ci faisaient état non seulement d'un retard de développement, mais également de troubles du comportement avec agressivité, crises de colère, hyperactivité, refus alimentaire et encoprésie sévère. Dans ses observations des 11 et 18 novembre 2014, cet office a fait valoir avec pertinence qu'un diagnostic médical, de même que des symptômes y relatifs, ne suffisaient pas à établir une impotence et que les divers rapports médicaux et éducatifs portés à sa connaissance indiquaient surtout des difficultés liées à la scolarité mais non aux actes ordinaires de la vie. Du reste, au titre des diagnostics, c'est surtout le trouble envahissant du développement - et non du comportement comme allégué par le recourant dans son écriture du 23 octobre 2014 - qui a été mis

en avant dans les rapports transmis à l'Office AI avant la demande d'allocation pour impotent du 13 février 2014 [« retard dans les acquisitions et le développement personnel » selon le rapport de B\_\_\_\_\_ du 17 février 2005 ; « retard du développement avec retard de langage » selon le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 30 mai 2005; « signes d'un trouble envahissant du développement » selon les rapports de D\_\_\_\_\_ des 30 mars et 7 septembre 2006 ; « trouble envahissant du développement, retard mental léger » selon le rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 17 juillet 2006 en pièce 28 ; « retard mental, trouble envahissant du développement, difficultés scolaires, psychose primaire, autisme infantile, troubles cérébraux congénitaux » selon le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2006 ; « oligophrénie, trouble envahissant du développement » selon le rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2006 ; « retard mental léger, trouble envahissant du développement » selon le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2007 ; « trouble envahissant du développement (psychose infantile), retard mental » selon le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 8 avril 2009 ; « oligophrénie, trouble envahissant du développement (psychose infantile), retard mental, grosses difficultés d'apprentissages, troubles logopédiques » selon le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 31 décembre 2013].

Certes, des troubles du comportement avec agressivité et faible tolérance au stress ainsi qu'une incapacité sociale importante et envahissante ont été respectivement signalés par les Drs C\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ les 30 mai 2005, 17 juillet 2006, 4 septembre 2006, 16 janvier 2007 et 31 décembre 2013. En l'absence de tout autre élément topique, l'Office AI ne pouvait toutefois déduire une éventuelle impotence de ces diagnostics et symptômes. A cela s'ajoute le fait qu'hormis le Dr H\_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 8 juin 2009, a relevé que l'état de santé de l'enfant était stationnaire et que des mesures médicales ne permettaient pas d'améliorer sensiblement l'intégration ultérieure de celui-ci dans une activité lucrative, tous les autres thérapeutes - soit le Dr C\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 30 mai 2005, 4 septembre 2006, 8 avril 2009 et 31 décembre 2013, la psychologue et psychothérapeute D\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 30 mars et 7 septembre 2006 puis 4 juillet 2007, la Dresse E\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 17 juillet et 7 décembre 2006 - ont constaté une progression de l'assuré et/ou reconnu un potentiel d'amélioration, notamment dans l'autonomie et la capacité de se séparer. Cette thérapeute et le pédiatre traitant ont même respectivement affirmé, les 4 juillet 2007 et 8 avril 2009, apparemment en relation avec le cadre scolaire, que le comportement de X\_\_\_\_\_ s'était normalisé, qu'il ne dérangeait pas mais qu'il était perdu.

En date des 2 juin et 21 octobre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a admis que ses rapports communiqués à l'Office AI en 2009 et 2013 ne comportaient pas, malencontreusement, de croix dans la case relative à un surcroît d'aide et de surveillance personnelle nécessitée par l'assuré comparativement à un mineur du même âge en bonne santé et que ce besoin aurait dû y être indiqué. Le médecin traitant a expliqué cette omission ainsi que la non-continuité des informations à l'adresse de cet office tant par l'attention des soignants focalisée sur l'encoprésie sévère de l'enfant et les graves difficultés familiales que par le passage, de l'assurance-invalidité fédérale aux cantons, de la prise en charge de la formation scolaire spéciale. Dans le recours du 12 août 2014 puis les ultimes remarques du 14 janvier 2015, M\_\_\_\_\_ a reconnu s'être rendu compte, lorsque son fils avait cinq ou six ans, qu'il ne se développait pas comme les enfants de son âge, et n'avoir pas assez insisté sur le fait qu'il ne pouvait pas s'habiller, se doucher ou accomplir certains actes ordinaires de la vie que d'autres enfants du même âge étaient capables d'effectuer. Elle a ajouté que c'était par oubli et inattention que le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas répercuté ces informations auprès de l'Office AI. L'Institut I\_\_\_\_\_ a précisé le 17 octobre 2014 que l'important retard intellectuel et les troubles envahissants du développement de X\_\_\_\_\_ le handicapaient gravement au quotidien mais que lui-même n'avait plus transmis de rapport à l'Office AI puisque, dès 2008, l'Office fédéral des assurances sociales s'était retiré du financement des institutions spécialisées.

Il ressort clairement de ce qui précède que les représentants légaux de l'assuré, de même que ses différents thérapeutes, connaissaient depuis longtemps les faits propres à établir le droit de celui-ci à une allocation pour impotent, mais que ces faits n'ont été communiqués à l'Office AI que lors du dépôt, le 13 février 2014, de la demande d'une telle prestation. C'est donc à l'assuré, et non à cet office, de supporter les conséquences de cette omission. A la lecture de l'article 48 LAI, en vigueur dans sa nouvelle teneur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, il apparaît de toute manière qu'en cas de demande tardive, la prestation requise n'est allouée pour une période plus longue que les douze mois précédant le dépôt de la demande que si l'assuré ou son représentant légal ne pouvait pas connaître les faits ouvrant le droit à la prestation en question et s'il a fait valoir son droit dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Il a été constaté plus haut que la mère de l'assuré savait depuis longtemps que les différents troubles de son fils nécessitaient une aide et une surveillance accrues de celui-ci par rapport aux enfants du même âge en bonne santé mais qu'elle n'en a fait part à l'Office AI que par le biais de la demande du 13 février 2014. L'ignorance du droit à une allocation pour impotent justifié par cet état de fait n'est en revanche pas

déterminante au regard de la condition posée par l'article 48 alinéa 2 lettre a LAI. Contrairement à ce que le recourant a prétendu dans son écriture du 23 octobre 2014, en reprenant l'argument avancé dans l'avis de l'Institut I\_\_\_\_\_ du 17 octobre précédent, l'exception prévue à l'alinéa 2 de l'article 48 LAI ne s'applique donc pas à son cas. Les explications données en procédure judiciaire tant par l'assuré que par cet institut montrent bien que celui-ci n'avait effectivement pas été informé de ce droit. C'est ainsi à juste titre que l'Office AI a fait application en l'espèce de l'article 48 alinéa 1 LAI et n'a mis l'assuré au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen que depuis le 1<sup>er</sup> février 2013, soit pour les douze mois précédant la demande tardive du 13 février 2014.

Dans son courrier du 23 octobre 2014, le recourant a encore invoqué le principe de l'égalité de traitement avec l'un de ses camarades placé à l'Institut I\_\_\_\_\_, lequel avait bénéficié d'un droit rétroactif de cinq ans à une allocation pour impotent. Il est néanmoins possible que le cas de cet autre assuré n'était pas semblable à celui du recourant, en ce sens que l'Office AI a peut-être reconnu n'avoir, de manière fautive, pas vu le droit de cet assuré à une allocation pour impotent et n'avoir pas pris plus tôt de décision correspondante. Plus probablement encore, une telle décision a, contrairement à celle objet du présent recours, dû être prononcée entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 décembre 2011, soit lorsque l'article 48 LAI était encore abrogé et que seul le délai général de péremption de cinq ans ancré à l'article 24 alinéa 1 LPGA trouvait application en ces circonstances (voir à cet égard l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_233/2010 du 7 janvier 2011 qui traite du régime applicable durant la période précitée). Tel n'est toutefois plus le cas depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, date à laquelle l'article 48 LAI a été réintroduit dans sa nouvelle teneur. Les cas du recourant et de cet autre assuré n'étant vraisemblablement pas similaires, il est conforme au principe de l'égalité de traitement qu'ils soient traités de manière différente.

**3.** Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision de l'Office AI du 28 juillet 2014 est confirmée. X\_\_\_\_\_ a droit à une allocation pour impotent de degré moyen depuis le 1<sup>er</sup> février 2013.

Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la mère du recourant qui succombe (art. 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et compensés avec l'avance du même montant versée le 4 septembre 2014.

**Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de 500 francs sont mis à la charge de la mère du recourant.

Sion, le 2 novembre 2015