

S1 20 235

JUGEMENT DU 13 SEPTEMBRE 2022

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, représenté par sa mère, **A** _____, recourant

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 3 al. 2 LPGA et 13 LAI ; infirmités congénitales, ch. 404 et 405 OIC)

Faits

A. X _____ est né le xxx 2006 avec une anomalie de position testiculaire, pour laquelle une demande de prise en charge de mesures médicales a été adressée à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après. : OAI), le 8 septembre 2010. La situation au niveau des testicules de l'assuré s'étant rétablie d'elle-même, aucune prestation ne lui a été accordée (pièces OAI 1, 12 et 16).

B. En septembre 2014, X _____ a été soumis à une évaluation cognitive auprès de B _____, psychologue FSP au Centre pour le développement et la thérapie de l'enfant et de l'adolescent. Cet examen a notamment permis de mettre en évidence des compétences cognitives dans la moyenne en comparaison avec d'autres enfants du même âge et une bonne capacité de concentration. La psychologue a néanmoins relevé une anxiété traduisant un fort besoin de repères, ainsi qu'une position de toute-puissance infantile poussant l'assuré à provoquer les autres et s'opposer à eux afin de se protéger et cacher ses difficultés (pièce OAI 18).

Le 6 juin 2019, A _____, mère de l'assuré, a demandé à l'OAI de prendre en charge des mesures médicales pour son fils, en indiquant que celui-ci souffrait depuis sa naissance d'un syndrome d'Asperger, d'une dyspraxie probable et d'un trouble de déficit de l'attention. Elle a précisé que ces diagnostics avaient été posés tardivement, mais que de nombreux examens avaient été effectués avant les 5 ans de son fils et qu'un traitement médicamenteux (Triapridal) avait été instauré depuis le 20 novembre 2015. Elle a également listé les médecins qui le suivaient et a produit des relevés de coûts de santé pour les années 2012 à 2015 attestant, selon elle, que les traitements remontaient à cette période (pièces OAI 20 et 21).

Instruisant cette demande, l'OAI a requis des avis médicaux aux différents médecins ayant suivi l'intéressé. Le 17 juillet 2019, le Dr C _____, spécialiste FMH en pédiatrie, a précisé n'avoir aucune information concernant X _____ et ne l'avoir jamais reçu à son cabinet pour une problématique AI (pièce OAI 26).

Dans un rapport du 9 juin 2020, la Dresse D _____, spécialiste FMH en pédopsychiatrie, a indiqué que X _____ souffrait, depuis sa naissance, d'un syndrome d'Asperger (F84.5), d'une dyspraxie de développement (F82), d'une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) et d'une dysgraphie (F81.1). Selon cette spécialiste, ces troubles correspondaient à des infirmités congénitales (ch. 404 et 405 OIC) et des évaluations avaient été faites avant les 5 ans de l'assuré, sans pour autant

que des diagnostics clairs n'aient été établis en raison de l'hétérogénéité du profil. Elle a en particulier relevé que, depuis sa naissance, X _____ ne supportait pas certains sons ou certaines sensations, que des difficultés motrices étaient rapidement apparues, qu'il montrait des traits autistiques, avait de la peine à s'organiser et à se repérer dans l'espace et le temps, qu'il présentait depuis toujours une altération qualitative dans les interactions sociales réciproques, et qu'il souffrait d'un manque de confiance en lui, d'un sentiment d'injustice et d'un état anxio-dépressif général. La pédopsychiatre a ajouté qu'aucune médication n'était actuellement prescrite, mais que l'assuré suivait des thérapies individuelle, groupale et familiale intensives, depuis le 25 février 2019 (pièce OAI 31).

Sur questions complémentaires de l'OAI, la Dresse D _____ a indiqué, le 28 juillet 2020, que X _____ suivait un traitement psychothérapeutique depuis le 10 avril 2019 afin de traiter sa dysgraphie, sa dyslexie, ses difficultés relationnelles et ses symptômes anxio-dépressifs réactionnels. Cette spécialiste a précisé qu'une évaluation en ergothérapie avait souligné le trouble important de dysgraphie et que les traits autistiques de l'assuré étaient particulièrement handicapants durant la période de l'adolescence. S'agissant des symptômes anxio-dépressifs, elle les a attribués à un trouble du spectre de l'autisme (TSA), lequel n'avait pas encore été diagnostiqué en raison de ses grandes compétences intellectuelles ayant permis une compensation. Elle a ajouté que de nombreux thérapeutes avaient déjà été sollicités par le passé par les parents de l'intéressé (pièce OAI 34).

Ces éléments ont été soumis au Dr E _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent auprès du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR). Le 27 août 2020, il a estimé qu'aucune des atteintes de l'assuré ne pouvait être prise en charge comme infirmité congénitale, dès lors que le diagnostic de trouble du spectre autistique (ch. 405 OIC) était trop tardif et que le diagnostic de trouble du comportement (ch. 404 OIC) n'avait pas été suffisamment étayé par la Dresse D _____. En revanche, il a admis que le traitement de psychothérapie pouvait être pris en charge à titre de mesure médicale, depuis le mois d'avril 2020 et jusqu'aux 20 ans de l'assuré (pièce OAI 36).

Par projets de décisions du 27 août 2020, puis confirmé par décisions du 6 octobre suivant, l'OAI a rejeté tout droit de l'intéressé à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales (ch. 404 et 405 OIC). En outre, le 31 août 2020, il a indiqué à la mère de X _____ que les frais d'une psychothérapie ambulatoire seraient pris en charge du 1^{er} avril 2020 au 31 août 2021 (pièces OAI 36 à 41).

C. X _____, agissant par sa mère, a recouru céans contre ces décisions le 3 novembre 2020, concluant implicitement à leur annulation et à la prise en charge par l'OAI de ses infirmités congénitales (ch. 404 et 405 OIC). Il a fait grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des rapports médicaux, antérieurs à ses 9 ans et attestant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et un trouble du spectre de l'autisme (TSA) comprenant un syndrome de Gilles de la Tourette et une dyspraxie associée.

Plusieurs nouvelles pièces médicales ont été annexées à ce recours. Deux anciens rapports du Centre hospitalier du Centre du Valais des 2 mars 2008 et 18 juillet 2009 ont d'abord fait état d'une infection des voies respiratoires, d'une probable terreur nocturne et d'une virose. Un autre rapport de cet établissement du 10 août 2012 a posé le diagnostic de probable tic en raison de mouvements anormaux des yeux et de la tête, mais a cependant établi un bilan dans la norme. Le diagnostic de tics oculo-céphaliques a ensuite été confirmé lors d'un examen auprès du service de pédiatrie de l'Hôpital du Chablais, le 28 septembre 2012. Selon la médecin assistante de ce service, la Dresse F _____, ces tics s'étaient développés dans le cadre d'un contexte familial stressant, le suivi pédopsychiatrique organisé durant l'hospitalisation ayant fait ressortir des difficultés relationnelles entre la mère et son enfant, lequel adoptait parfois un comportement agressif. Le bilan neurologique n'a cependant pas mis en évidence une anomalie (pièce OAI 46, pp. 122 à 128).

L'intéressé a séjourné à l'Hôpital du Chablais du 29 juillet 2014 au lendemain, en raison d'une suspicion d'apnées et de troubles du sommeil. La Dresse G _____, médecin assistante auprès du service de pédiatrie, a observé que l'enfant était sain avec un excellent état général, mais qu'il souffrait de troubles de la concentration. Elle a notamment relevé que la première année scolaire de X _____ s'était bien déroulée « *au niveau des performances académiques* » mais qu'il était souvent « *fatigué et un peu absent* » et que sa mère n'avait pas donné de suite au suivi pédopsychiatrique qui avait été instauré en 2012 ni à un suivi psychiatrique. Lors de la surveillance clinique, les résultats sont restés dans la norme et les troubles suspectés n'ont pas pu être confirmés (pièce OAI 46, pp. 119 à 121).

Le 27 août 2014, X _____ a ensuite consulté le Dr H _____, médecin-adjoint au service de pédiatrie de l'Hôpital de Sion, pour une très probable crise d'angoisse. A cette occasion, la mère de l'assuré avait expliqué que les troubles étaient apparus depuis deux années suite à un choc émotionnel et que son fils pouvait se montrer agressif et violent envers sa grande sœur et elle-même, qu'il avait de la peine à canaliser ses

émotions, qu'il souffrait d'un manque de concentration durant sa deuxième année scolaire, qu'il n'aimait pas l'école en raison du bruit et enfin qu'il n'avait pas d'amis. Aucun examen particulier ni aucun traitement n'a été instauré lors de cette consultation et un suivi pédopsychiatrique a été recommandé (pièce OAI 46, pp. 117 et 118).

Deux rapports incomplets des 15 janvier 2016 et 29 juin suivant du département de pédiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ont encore été annexés au recours. Ces rapports ont été établis en raison d'un suivi en neuropédiatrie instauré depuis le 30 novembre 2015 pour des manifestations motrices et phoniques involontaires. Lors du second rapport, les tics moteurs et phoniques s'étaient presque totalement dissipés en raison du traitement de Triapidal. Les spécialistes du CHUV avaient également observé que X _____ était en bonne santé générale, qu'il ne présentait pas de maladie particulière ni ne suivait d'autre traitement que la prise du médicament précité et qu'il avait de bonnes notes à l'école (pièce OAI 46, pp. 115 et 116).

Enfin, le recourant a versé en cause un rapport de son ergothérapeute, I _____, du 25 mars 2020. Cette dernière a relevé que si l'intéressé bénéficiait de nombreuses ressources, il souffrait toutefois d'une mauvaise coordination œil-main et présentait des difficultés de motricités globale et fine, réduisant la qualité et la vitesse de son écriture (pièce OAI 46, pp. 129 à 131).

Ces différents avis médicaux ont été soumis au SMR, lequel a conclu qu'aucun élément, permettant d'établir que les troubles correspondaient à des infirmités congénitales devant être prises en charge, n'avait été apporté. En particulier, le SMR a relevé que seul le diagnostic de terreur nocturne avait été posé avant l'âge de 5 ans du recourant et qu'entre 5 et 9 ans, les différents médecins n'avaient pas mentionné un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ni un trouble du spectre de l'autisme (TSA), ni encore un syndrome de Gilles de la Tourette. S'agissant des rapports du CHUV, en observant qu'il manquait des pages, le SMR a indiqué que ceux-ci n'étaient non plus pas suffisant pour admettre un syndrome de Gilles de la Tourette. Reprenant cet avis, l'intimé a proposé le rejet du recours en précisant que les rapports du CHUV étaient incomplets.

Ces prises de position ont été soumises au recourant, lequel ne s'est pas déterminé dans le délai qui lui avait été imparti ni n'a fourni les documents manquants.

Considérant en droit

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

Posté le 3 novembre 2020, le présent recours à l'encontre des décisions du 6 octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a 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.

1.2. Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures médicales dans le cadre du traitement d'infirmités congénitales (ch. 404 et 405 OIC).

2.1. Aux termes de l'article 3 alinéa 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

L'article 13 alinéa 1 aLAI prévoit que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'article 3 alinéa 2 LPGA jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. En application des articles 13 alinéa 2 aLAI et 3 aRAI, le Conseil fédéral a établi une liste exhaustive des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées ; cependant, la liste peut être complétée, s'agissant d'infirmités congénitales évidentes, par le Département fédéral de l'intérieur (Duc, L'assurance invalidité in : Meyer, Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, p. 1438 ; voir également Pratique VSI 1999, p. 170).

Au sens de l'article 1 de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC ; RS 831.232.21 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), sont réputées infirmités congénitales au sens de l'article 13 aLAI, les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant. La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. L'alinéa 2 de cette disposition précise que les infirmités congénitales sont énumérées dans la liste en annexe. Conformément à l'article 2 alinéa 1 OIC, le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, mais au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant. L'alinéa 2 énonce que le droit s'étend à toutes les mesures médicales qui se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale. L'alinéa 3 précise que sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate. Aux termes de l'article 3 OIC, le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré a accompli sa 20^{ème} année, même si une mesure entreprise avant ce délai est poursuivie.

2.2. Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC, sous le titre XVI « Maladies mentales et retards graves du développement », prescrit que doivent être considérés comme infirmité congénitale les troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année ; l'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous chiffre 403 (le chiffre 404 de l'annexe de l'OIC a été modifié au 1^{er} mars 2012, mais médicalement l'infirmité congénitale est restée la même ; cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1216/2012 du 13 janvier 2014 consid. 4.6).

2.2.1. Selon la pratique administrative relative au chiffre 404 de l'annexe à l'OIC - jugée conforme à la loi par le Tribunal fédéral (ATF 122 V 113 ; voir également les arrêts 9C_105/2013 du 8 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_917/2011 du 28 mars 2012 consid. 5) -, plusieurs symptômes doivent être réunis avant l'âge de 9 ans pour qu'une infirmité congénitale au sens de cette disposition soit retenue, à savoir des troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, des troubles des pulsions, des troubles perceptifs et cognitifs, des troubles de la concentration et des troubles de la faculté d'attention. Ils ne doivent pas nécessairement

apparaître simultanément, mais peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres (cf. ch. 404.5 de la Circulaire de l'OFAS concernant les mesures médicales de réadaptation de l'AI [CMRM], valable à partir du 1^{er} juillet 2020).

Le diagnostic des troubles mentionnés doit avoir été médicalement posé avant l'accomplissement de la neuvième année de l'intéressé, de même que le traitement de ces troubles doit avoir débuté avant cette date ; il s'agit de conditions du droit à la prestation pour les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI, auxquelles il ne peut être renoncé (arrêts 8C_23/2012 du 5 juin 2012 consid. 5.1 et I 695/06 du 12 mars 2007). Pour que l'exigence du début du traitement avant la neuvième année soit réalisée, il faut que celui-ci se rapporte à l'infirmité congénitale en cause, dûment diagnostiquée comme telle, également antérieurement au neuvième anniversaire de l'enfant. Il ne suffit pas qu'un traitement de même type que celui dont la prise en charge est requise ait été suivi par le passé, alors que le diagnostic correspondant n'avait pas (encore) été posé (arrêt 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.2).

Une première reconnaissance de la problématique en tant qu'infirmité congénitale 404 OIC est possible aussi après que l'enfant a atteint 9 ans. Mais on doit alors montrer qu'un diagnostic avait été posé et un traitement médical entrepris avant cet âge (Lettre circulaire AI n 298 du 14 avril 2011 de l'OFAS, n 1.3 p. 2). Sont reconnus comme traitement médical le traitement pédopsychiatrique de l'enfant et de sa famille, le traitement médicamenteux et l'ergothérapie, mais pas la logopédie, la psychomotricité, les cours spéciaux ou de soutien, ni les mesures d'encouragement scolaire intégratif et toute autre mesure de soutien (Lettre circulaire AI n 298 précitée, note de bas de page p. 2). L'examen médical ou psychologique du cas n'est pas considéré comme un traitement, pas plus que les conseils aux parents (arrêt I 569/00 du 6 juillet 2001). Un suivi psychologique peut exceptionnellement consister dans un traitement au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC, lorsque les consultations thérapeutiques dépassent largement le cadre de conseils ou d'un examen médical, par exemple quand elles devaient nécessairement être mises en œuvre pour que l'assuré soit en mesure de suivre une psychothérapie individuelle (arrêt 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.3).

2.2.2. Lorsque le diagnostic des troubles mentionnés au chiffre 404 de l'annexe à l'OIC et leur traitement comme tels ne sont pas intervenus avant l'accomplissement de la neuvième année, il y a une présomption irréfragable qu'il s'agit d'une maladie acquise et non pas congénitale (arrêt 8C_23/2012 du 5 juin 2012 consid. 5.1.1). Autrement dit, le fardeau de la preuve est à la charge de l'assuré (ATF 122 V 113 consid. 2f).

Selon le chiffre 404.3 de la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (CMRM), les troubles cérébraux congénitaux qui ne sont traités effectivement qu'après l'accomplissement de la 9^{ème} année doivent être appréciés à la lumière de l'article 12 aLAI de la même manière que les autres troubles psychiques. L'article 12 alinéa 1 aLAI dispose que l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. Selon l'article 12 alinéa 2 aLAI, le Conseil fédéral est autorisé à délimiter les mesures prévues à l'alinéa 1 par rapport à celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle. A cet effet, il peut notamment préciser la nature et l'étendue des mesures incombant à l'assurance et régler la naissance et la durée du droit aux prestations.

2.3. Le chiffre 405 de l'annexe OIC, cite, à titre d'infirmities congénitales, les troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestés avant l'accomplissement de la cinquième année.

La jurisprudence a précisé que les symptômes mentionnés au chiffre 405 OIC ne peuvent pas être reconnus après coup comme « présents avant la cinquième année » s'il n'est pas prouvé qu'ils existaient avant cet âge (ch. 405 CMRM ; arrêt 9C_682/2012 du 1er mai 2013 consid. 3.2.2). Des rapports médicaux ultérieurs peuvent être déterminants pour la reconnaissance en temps utile des troubles du spectre autistique, pour autant qu'ils se rapportent à des constatations faites avant le cinquième anniversaire de l'assurée et s'ils confirment ces dernières et les précisent en termes de diagnostic (arrêts 9C_37/2020 du 19 mai 2020 consid. 2.3.3 et 9C_639/2013 du 21 mars 2014 consid. 2.4).

La jurisprudence a reconnu que les troubles du spectre autistique tels que l'autisme infantile précoce (F84.0) et le syndrome d'Asperger (F84.5) se caractérisent par une altération des capacités de contact social, ce trouble relationnel étant moins profond et moins grave dans le cas du syndrome d'Asperger que dans celui de l'autisme infantile précoce (arrêt 9C_37/2020 précité consid. 2.3.4).

2.4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales

(art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.).

En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (art. 59 al. 2bis aLAI).

Le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (cf. arrêts 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2 ; 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

3. Dans le cas d'espèce, la mère du recourant, avec l'appui de la Dresse D _____, estime que différents rapports médicaux avaient attesté des symptômes correspondant à un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et à un trouble du spectre de l'autisme (TSA) avec un syndrome de Gilles de la Tourette et une dyspraxie associés. A l'inverse, en se basant sur l'avis du SMR, l'OAI a refusé de reconnaître ces troubles comme des infirmités congénitales.

3.1. A l'examen des pièces médicales au dossier, force est d'admettre que les troubles allégués par la mère du recourant ne sont apparus que très tardivement.

Il est premièrement relevé qu'en 2008 et 2009, les deux consultations auprès de l'Hôpital de Sion ont été motivées par des motifs complètement différents des troubles allégués (infection des voies respiratoires, virus) et la suspicion de terreur nocturne n'a abouti à aucun examen complémentaire ni traitement. Ces consultations n'ont dès lors pas mis en évidence des symptômes d'un TDAH ou d'un TSA (cf. rapports des 2 mars 2008 et 18 juillet 2009 ; pièce OAI 46).

Le 10 août 2012, les premiers signes d'un tic oculo-céphalique ont été observés, puis confirmés le 28 septembre 2012, chez X _____ alors qu'il était âgé de 5 ans et 11 mois. A cette occasion, un trouble de l'adaptation dans un contexte familial stressant a également été relevé. Or, à l'instar de ce qui a été soutenu par le SMR, non seulement aucun diagnostic de TSA ou de TDAH n'a été posé par les médecins consultés, mais de plus, aucun des symptômes observés n'a pu être rattaché à l'une de ces affections. Il en va de même du rapport du 31 juillet 2014 de l'Hôpital du Chablais, dans lequel la Dresse G _____ a souligné que l'enfant était sain et a émis un diagnostic secondaire de troubles de la concentration motivé par fait que X _____ était souvent « *fatigué et un peu absent* », tout en soulignant ses bonnes performances scolaires. Dans la même mesure, le rapport du 27 août 2014 du Dr H _____ ne donne pas plus d'indications quant à une éventuelle présence de symptômes pouvant être rattachés à un TSA ou à un TDAH. Si lors de cette consultation, la mère du recourant avait rapporté un comportement violent de celui-ci, une difficulté à canaliser ses émotions, un manque de concentration et une sensibilité au bruit, l'examen clinique du médecin précité n'a pas permis de confirmer ces plaintes ou d'objectiver une quelconque affection, de sorte qu'aucun traitement particulier n'a été mis en place. L'on observera d'ailleurs que la mère de X _____ n'avait pas estimé nécessaire de maintenir le suivi pédopsychiatrique instauré en 2012 et qu'elle n'a manifestement pas donné suite au nouveau suivi qui lui a été proposé par le Dr H _____ (cf. pièce OAI 46).

Une consultation en neuropédiatrie a ensuite été instaurée le 30 novembre 2015 auprès du CHUV pour des manifestations motrices et phoniques involontaires. A ce moment-là, X _____ était âgé de 9 ans et un mois. Les rapports des 15 janvier 2016 et 29 juin suivant, produits par le recourant, ne contiennent cependant pas toutes les pages. Bien que son attention ait été attirée sur le caractère incomplet de ces documents, le recourant n'a aucunement réagi en fournissant les pages manquantes. Ces rapports ne sauraient dès lors établir, à eux seuls, que les troubles de TSA ou de TDAH s'étaient effectivement manifestés avant l'âge de 5 ans, respectivement qu'ils ont fait l'objet d'un traitement spécifique avant l'âge de 9 ans. Le fardeau de la preuve incombe en effet au

recourant (ATF 122 V 113 consid. 2f précité) et il est du reste peu vraisemblable que ces rapports puissent établir rétrospectivement les troubles précités, dans la mesure où l'anamnèse contenue sur la première page de ceux-ci se réfère aux différents autres documents présents au dossier.

Le recourant a encore été soumis à une évaluation cognitive en septembre 2014, laquelle a, en particulier, mis en évidence des compétences cognitives dans la moyenne et des bonnes capacités de concentration. Si ce document, établi alors que l'assuré était âgé de 7 ans et 11 mois, relève une certaine anxiété et une position de toute-puissance infantile, la psychologue a mis ces éléments sur le compte d'un besoin de trouver sa place, sans faire référence à un TSA ou un TDAH (pièce OAI 18).

Enfin, un traitement psychothérapeutique a été instauré auprès de la Dresse D _____ le 10 avril 2019, laquelle a fait état d'un syndrome d'Asperger (F84.5), d'une dyspraxie de développement (F82), d'une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) et d'une dysgraphie (F81.1). A cette date, X _____ était âgé de 12 ans.

3.2. Sur la base de ces éléments, le dossier ne permet pas de retenir qu'un TDAH ait été médicalement posé avant l'accomplissement de la neuvième année du recourant. En effet, aucun suivi pédopsychiatrique n'a été maintenu et le traitement au Triapidol n'a été instauré que le 30 novembre 2015, lorsque X _____ était âgé de 9 ans et un mois, et avant cette date, aucun des médecins consultés n'avait émis le diagnostic de TDAH. Or, il n'est pas possible de renoncer à ces deux conditions objectives et cumulatives, à savoir la mention d'un diagnostic clair et le début du traitement, pour reconnaître une infirmité congénitale selon le chiffre 404 OIC (ATF 122 V 113 ; arrêts 8C_23/2012 précité consid. 5.1 et 9C_932/2010 du 11 janvier 2011 consid. 2.2) ; il en irait de même s'il fallait admettre que la nécessité du traitement avait effectivement été indiquée avant les 9 ans de X _____ (arrêt 9C_855/2017 du 19 décembre 2018 consid. 2.3). Dans cette mesure, c'est à juste titre que le SMR a nié la présence d'une infirmité congénitale selon le chiffre 404 OIC. L'avis de la Dresse D _____, selon laquelle son patient souffrirait de ces affections depuis sa naissance, ne bénéficie au contraire que d'une valeur probante très limitée. En effet, n'ayant commencé son traitement psychothérapeutique que depuis le 10 avril 2019, ses observations ne sont manifestement que peu convaincantes concernant la période antérieure à son suivi et ne sauraient remettre en cause l'ensemble des rapports des médecins consultés auparavant, lesquels n'avaient pas observé ces affections et avaient, en particulier, constaté de bonnes capacités scolaires du recourant, relativisant également son

diagnostic de dyspraxie. Aucune raison objective ne permet ainsi de remettre en doute l'avis de plusieurs spécialistes sur la base du seul avis contraire du médecin traitant du recourant (sur la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants : ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 125 V 351).

En outre, comme vu *supra* au considérant 3.1, il ne peut non plus pas être retenu que des symptômes d'un TSA se soient manifestés avant l'accomplissement de la cinquième année du recourant (ch. 405 OIC). En particulier, aucun des symptômes observés avant l'âge de 5 ans ne peut être mis en lien avec un syndrome d'Asperger tel qu'allégué par la mère du recourant et la Dresse D _____. La jurisprudence a en effet rappelé que les critères diagnostics de ce syndrome se manifestent par une déficience sociale (égocentrisme prononcé, avec au moins deux des caractéristiques suivantes : difficultés d'interaction avec les pairs ; indifférence aux contacts avec les pairs ; difficultés d'interprétation des stimulus sociaux clés ; comportement socialement et émotionnellement inapproprié), des intérêts restreints (avec au moins une des caractéristiques suivantes : exclusion d'autres activités ; attachement répétitif aux intérêts ; activités plus mécaniques que significatives), un besoin compulsif d'introduire des routines et des intérêts (au moins une des caractéristiques suivantes doit être remplie : affectant tous les aspects de la vie quotidienne du sujet ; affectant les tiers), une spécificité du langage et de la parole (au moins une des caractéristiques suivantes doit être remplie : développement retardé du langage ; langage expressif superficiellement parfait ; langage formel et pédant ; ton de voix [prosodie] inhabituel, qualité de voix particulière ; troubles de la compréhension du langage avec mauvaise interprétation des significations littérales/implicites), des problèmes de communication non verbale (au moins une des caractéristiques suivantes doit être remplie : utilisation réduite des gestes ; langage corporel maladroit/malhabile ; expression faciale limitée ; expression faciale inappropriée ; regard singulier et fixe) ainsi qu'une maladresse motrice (faible performance à l'examen neurologique du développement ; arrêts 9C_37/2020 précité consid. 2.3.4.2 et 9C_680/2018 du 22 juillet 2019 consid. 3.6 avec renvois). Ces symptômes n'ont manifestement pas été observés dans le cas du recourant par les médecins consultés et encore moins avant l'âge de 5 ans. La même conclusion s'impose quant à un éventuel syndrome de Gilles de la Tourette cité dans le recours (les premiers symptômes de mouvements anormaux des yeux et de la tête n'ayant été observés que le 10 août 2012 et ce syndrome n'ayant en outre pas été retenu par la Dresse D _____ ; pièces OAI 31 et 46).

3.3. Dans ces circonstances, l'intimé pouvait légalement refuser de prendre en charge des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales 404 et 405 OIC, au motif que les troubles du comportement n'ont pas été diagnostiqués et traités avant l'accomplissement de la neuvième année de X _____ et car aucun symptôme d'un TSA ne s'est manifesté avant sa cinquième année.

En tous points mal fondé, le recours du 3 novembre 2020 est rejeté et les décisions du 6 octobre précédent sont confirmées.

4.1. Les frais de justice, arrêtés à 800 francs, fixés selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. a LPGA et 83 LPGA ; art. 69al. 1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

4.2. Vu l'issue de la cause, le recourant ne peut pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 13 septembre 2022.