



POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2018 230

Arrêt du 2 avril 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition	Président :	Johannes Frölicher
	Juges :	Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud
	Greffier-rapporteur :	Michel Bays

Parties

A._____, légalement représenté par ses parents, **B.**_____, et **C.**_____, **recourants**, eux-mêmes représentés par Me Alain Ribordy, avocat

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée

Objet

Assurance-invalidité – Allocation pour impotent, demande rétroactive, début du droit

Recours du 12 septembre 2018 contre la décision du 7 août 2018

considérant en fait

A. A. _____, né en 2003, domicilié à D. _____, a présenté un problème cardiaque peu après sa naissance, nécessitant une prise en charge hospitalière. Une demande de prestations AI pour assuré mineur a été déposée par ses parents, alors domiciliés à E. _____, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de F. _____ (ci-après: OAI/F. _____). Par décision du 21 février 2005, ce dernier a admis la prise en charge de mesures médicales, sous l'angle de l'infirmité congénitale n° 313.

Dès 2007, une prise en charge spécialisée a débuté en raison de troubles relationnels et de troubles du langage. Les diagnostics d'autres troubles envahissants du développement (F84.8) et de trouble de l'acquisition du langage (F80.1) ont alors été posés. Ces éléments justifieront le dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI, en vue de l'intégration de l'assuré en classe d'enseignement spécialisé. Par communication du 8 août 2007, l'OAI/F. _____ a admis le droit à des mesures de formation scolaire spéciale ainsi que la prise en charge du traitement de logopédie.

Dans le courant de l'année 2012, une évaluation des difficultés d'apprentissage de l'assuré a été réalisée par des neuropédiatres de G. _____. Par la suite, une demande de prise en charge de séances d'ergothérapie par l'AI a été déposée auprès de l'Office AI du canton de Fribourg (ci-après: OAI), la famille s'étant installée dans le canton. Par communication du 23 décembre 2013, le droit à la prise en charge des coûts de l'ergothérapie a été reconnu. Le même jour, l'OAI a également admis la prise en charge du traitement de l'infirmité congénitale n° 405, dont l'existence a été confirmée par le Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR).

Le 9 août 2017, les parents ont remis une demande d'allocation pour impotent, sur conseils d'une enseignante de l'enfant.

Par décision du 7 août 2018, l'OAI a admis le droit à une allocation pour impotent de degré faible à partir du 9 août 2016, soit 12 mois avant le dépôt de la demande. Il a retenu, en bref, qu'aucun indice ne plaiderait en faveur d'une instruction d'office de l'impotence, tout en relevant que les recourants avaient reçu un memento relatif aux prestations de l'AI en 2012 déjà, mentionnant l'existence et les conditions d'octroi de l'allocation pour impotent. Il a par ailleurs refusé l'octroi d'un supplément pour soins intenses, considérant que le surcroît d'aide nécessité par l'invalidité ne le justifiait pas.

B. Agissant au nom de leur fils et représentés par Me Alain Ribordy, avocat, les parents de A. _____ forment recours à l'encontre de cette décision le 12 septembre 2018. Ils concluent, sous suite de frais et dépens, à ce que l'allocation pour impotent soit accordée dès le 3 mai 2006, et non à partir du 9 août 2016 seulement. Ils se fondent sur différents rapports et documents établis depuis 2007, démontrant selon eux que leur fils ne présentait pas, depuis l'âge de trois ans déjà, un développement correspondant aux autres enfants de son âge. A ce titre, ils reprochent en particulier à l'OAI de ne pas avoir attiré leur attention sur le fait que leur enfant avait ou, tout du moins, pouvait avoir droit à une telle allocation. Se référant à une jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral, ils considèrent que l'autorité disposait d'éléments en ce sens dès le mois de mai 2007. Ils ne se souviennent par ailleurs pas avoir reçu le memento mentionné par l'OAI et considèrent que celui-ci est en tous les cas insuffisant pour permettre une information suffisante.

Une avance de frais de CHF 450.- a été acquittée le 9 octobre 2018.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, l'OAI renvoie aux motifs de sa décision et conclut au rejet du recours.

Le 21 janvier 2019, les recourants transmettent un rapport établi le 20 décembre 2018 par le Service de pédiatrie de G._____, confirmant selon lui que les troubles autistiques de l'assuré nécessitent un surcroît d'aide et de surveillance depuis de nombreuses années. Un exemplaire en a été transmis à l'autorité intimée.

Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales, auprès de l'autorité judiciaire compétente, par les parents d'un assuré mineur directement touché par la décision attaquée et dûment représentés, le recours est recevable.

2.

2.1. Selon l'art. 42 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1).

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 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI).

L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). L'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) règle l'évaluation de l'impotence. Selon son al. 3, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment: de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a), d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

2.2. Selon la jurisprudence (cf. ATF 124 II 247; 121 V 90 consid. 3a et les références), les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines: se vêtir et se dévêtir; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette (soins du corps); aller aux toilettes; se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, établir des contacts).

Dans le cas des mineurs, pour évaluer l'impotence, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en

bonne santé (art. 37 al. 4 RAI). Les mineurs n'ont pas droit à l'allocation pour impotent s'ils ont uniquement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (art. 42bis al. 5 LAI).

Afin de faciliter l'évaluation du besoin d'assistance d'autrui, l'Office fédéral des assurances sociales a établi des recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs (annexe III à la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [ci-après: CIIAI]; cf. arrêts TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.5; 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.5). Dans cette annexe, il est indiqué qu'avant l'âge de six ans, une surveillance personnelle ne doit en règle générale pas être prise en considération (sur la portée des directives de l'administration, cf. ATF 133 V 257 consid. 3.2 et 131 V 42 consid. 2.3). En fonction de la situation et du degré de gravité, un besoin de surveillance peut cependant être reconnu dès l'âge de quatre ans déjà, notamment si l'enfant présente un autisme infantile (arrêt TF 8C_158/2008 consid. 5.2.2 et les références).

2.3. D'après l'art. 29 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.

Aux termes de l'art. 48 al. 1^{er} LAI, si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

L'al. 2 précise que les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues s'il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations (let. a) et s'il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (let. b).

2.4. Pour se déterminer sur l'existence d'une impotence, l'autorité doit disposer d'informations venant de médecins et d'autres collaborateurs spécialisés (Pratique VSI 2000 p. 324), ce qui nécessite une collaboration étroite entre les médecins et l'autorité. Le médecin doit indiquer dans quelle mesure l'assuré est limité dans ses fonctions psychiques et physiques par son handicap. Quant à l'autorité, elle procède à des examens sur place. Elle doit tenir compte de toutes les particularités du cas, ce qui implique nécessairement la prise de connaissance des avis des médecins (arrêt TF I 54/00 du 7 mai 2001 consid. 2).

L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Celle-ci doit porter, s'il s'agit d'une demande d'une allocation pour impotent, sur l'impotence et sur le lieu de séjour des intéressés. Les indications de la personne assurée, de ses parents ou de son représentant légal doivent être appréciées de façon critique. En cas de divergences importantes entre le médecin traitant et le rapport d'enquête, l'office AI éclaire la situation en demandant des précisions et en faisant appel au SMR (CIIAI, ch. 8133). Dans les cas de première demande d'allocation pour impotent, d'augmentation ou de révision d'office, l'OAI procède toujours à une enquête sur place. Dans les autres cas, il peut décider de ne pas le faire (CIIAI, ch. 8131 en lien avec ch. 8130).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle

qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

3.

L'art. 27 LPGA dispose que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3).

Tandis que l'art. 27 al. 1 LPGA vise l'obligation de renseigner, soit une information générale, l'art. 27 al. 2 LPGA prescrit une obligation de conseil, ce par quoi il faut entendre une information touchant un cas particulier (KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, art. 27 n. 2).

En particulier, le devoir de conseils de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Il s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt TF 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 2.2). Aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA 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).

Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5).

4.

En l'espèce, est seul litigieux le début du droit à une allocation pour impotent de degré faible. Ni le degré d'impotence (faible), ni le refus d'octroyer un supplément pour soins intenses ne sont en revanche plus contestés.

Les recourants reprochent en substance à l'autorité intimée de ne pas les avoir rendus attentifs à la possibilité de déposer plus tôt une demande d'allocation pour impotent. Ils se plaignent en particulier d'une violation, par l'autorité intimée, de l'obligation d'informer et de conseiller.

Conformément à la jurisprudence, un devoir de renseigner n'incombe à l'institution d'assurance que si elle est en mesure, moyennant une attention usuelle, de reconnaître que la personne

assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (cf. supra consid. 3). Il importe donc d'examiner si l'OAI disposait effectivement d'éléments propres à justifier l'octroi d'une telle prestation avant le dépôt effectif de la demande, et en particulier dès 2007, comme l'invoquent les recourants. Selon eux, *"les rapports médicaux et thérapeutiques ont tous confirmé, depuis 2007, que les troubles autistiques du recourant nécessitaient un surcroît d'aide et de surveillance, par rapport à un enfant du même âge et en bonne santé"*.

4.1. Il convient de se référer au dossier.

Dans leur rapport du 5 avril 2007, le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, et la Dresse I. _____, médecin-assistante, œuvrant tous deux au sein du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de G. _____, relèvent, dans l'anamnèse, que *"les parents décrivent les premiers mois de vie comme difficiles, l'un et l'autre se souvenant avoir été très inquiets par rapport à cette problématique cardiaque. Par ailleurs, ils le décrivent comme un bébé très facile, qui les sollicitait peu"*. Notant en outre des problèmes d'otites qui conduiront à la pose de drains, les médecins ne relèvent pas de retard particulier au niveau du développement psychomoteur, hormis une certaine maladresse et l'absence de la pince. Au moment de l'examen, l'accent est mis par les parents sur *"un important retard de langage entraînant des difficultés dans ses relations, notamment avec ses pairs"*; ceux-ci décrivent un enfant solitaire, indépendant, ayant de la difficulté à s'intégrer dans un groupe. *"Par ailleurs, c'est un enfant qui ne présente pas de troubles du sommeil ni de troubles de l'alimentation"*. Est également mentionnée la fréquentation d'une garderie, deux matins par semaine. A l'examen, les spécialistes relèvent avant tout la difficulté à entrer en relation avec cet enfant, en raison de son comportement et de son langage, difficilement compréhensible. Compte tenu d'un trouble relationnel étroitement lié au trouble du langage, engendrant une tendance au repli sur soi et au refus de sollicitations externes, ils posent le diagnostic de troubles envahissants du développement. Ils préconisent une intégration en école spécialisée. Le pronostic est considéré comme favorable *"si des mesures adéquates sont mises en place autour de cet enfant"*.

Dans le rapport établi en février 2007 par la logopédiste J. _____, qui accompagne le rapport précité, l'anamnèse confirme les difficultés langagières (enfant ayant parlé tard, de manière peu intelligible) ainsi que de la maladresse (chutes fréquentes). En revanche, l'enfant (alors âgé de presque 4 ans), est propre le jour (mais pas la nuit) et aucune particularité n'est signalée s'agissant du sommeil et de l'alimentation. Logiquement, le résultat de l'examen est centré sur les capacités d'expression de l'enfant. Il en ressort qu'au vu des difficultés rencontrées par ce dernier tant en langage qu'en communication, un soutien logopédique est recommandé immédiatement *"afin de favoriser le développement de la réciprocité des échanges et le développement du langage oral"*. Là encore, une intégration dans une structure scolaire adaptée est préconisée, pour lui permettre d'*"expérimenter la vie sociale avec ses pairs et développer ainsi ses compétences sociales"*.

Suite à l'octroi de la formation scolaire spéciale, par communication du 8 août 2007, le dossier ne connaîtra pas de développement particulier jusqu'en 2012. Dans l'intervalle, la famille a déménagé dans le canton de Fribourg.

Un rapport d'examen psychologique est rédigé le 15 février 2012 par la psychologue K. _____, alors que l'assuré est âgé de 8 ans. Cette démarche était motivée par une éventuelle réorientation scolaire de l'enfant et la nécessité d'évaluer ses compétences intellectuelles. Parmi les éléments de l'anamnèse, sont mentionnés *"des problèmes d'articulation surtout pour les mots nouvellement appris alors que lorsqu'il parle de sujets qui le passionnent, il se débrouille parfaitement. Ses*

résultats scolaires sont en dents de scie. Il a de la difficulté à participer à la vie de la classe, il est souvent dans son monde et semble absent. Socialement, il régresse et tend à s'isoler de plus en plus et à développer des stéréotypies. La relation à l'autre est compliquée. Il est très vite dérangé par des stimuli extérieurs et réclame le silence même pour des activités comme le coloriage. Il peut rester longtemps sans rien faire devant son travail quand il est en difficulté". Au terme de son examen, comprenant la passation d'un test WISC-IV, la psychologue observe des résultats homogènes, qui *"se situent tous en dessous de la moyenne des enfants de son âge"* et qui démontrent des difficultés dans tous les domaines. Notant une capacité d'attention très limitée, elle recommande une réorientation dans un centre éducatif et scolaire, qui constitue selon elle la solution la plus adaptée à ses difficultés et à son besoin d'encadrement.

Dans un rapport du 25 juin 2012, la Dresse L. _____ et la Dresse M. _____, spécialistes en pédiatrie et neuropédiatrie à G. _____, relèvent que l'assuré, désormais âgé de 9 ans, suit une scolarisation spécialisée et qu'il présente d'importantes difficultés d'apprentissage, motif de la consultation. Elles rappellent qu'il fait de la logopédie et bénéficie d'un suivi de psychomotricité, mais que le suivi psychologique a été arrêté. A l'anamnèse, il est signalé par la maman que son fils travaille toujours avec plaisir, mais qu'elle doit être à ses côtés pour maintenir son attention. *"A d'autres moments, il peut travailler seul. Il n'y a aucun trouble du comportement qui est rapporté".* La maman rapporte également que son fils a fait *"beaucoup de progrès"* au niveau du langage. *"A domicile, il suit les consignes, il peut être autonome pour se doucher, s'habiller, mais il faut cependant que cela soit des routines".* Il est décrit comme un *"enfant facile à vivre"*, qui a cependant *"besoin de beaucoup de routine, tout en pouvant accepter, après explication, s'il y a un changement, ce qui n'était pas le cas petit"*. Le contact avec les pairs et l'intégration dans un groupe sont toujours décrits comme difficiles. A la discussion, les spécialistes constatent que l'assuré présente différents troubles (dysphasie, dyslexie/dysorthographe, trouble d'acquisition de la motricité et de la coordination), ainsi que des capacités d'attention fluctuantes, mais souvent faibles. Elles signalent cependant que *"la maman relève que les compétences et le comportement de A. _____ lors du bilan ne correspondent pas du tout à ce qu'elle observe à domicile, ici l'enfant n'était pas appliqué, il était fatigué, soupirait beaucoup, ce qui n'est pas le cas à domicile"*. Au terme de leur examen, elles avalisent le diagnostic de trouble envahissant du développement et recommandent la poursuite de la logopédie et de la psychomotricité, tout en proposant un traitement d'ergothérapie. En l'absence d'un déficit d'attention typique, elles ne soutiennent pas l'octroi d'un traitement psychostimulant.

Le 3 décembre 2013, la Dresse N. _____, spécialiste en pédopsychiatrie auprès du SMR, résume le contenu des rapports ci-dessus et en conclut que le diagnostic de trouble envahissant du comportement (F84.8) correspond à un trouble autistique selon le chiffre 405 OIC. Dès lors que ledit diagnostic a été posé à l'âge de 3 ans, les conditions posées par l'OIC à la reconnaissance d'une infirmité congénitale sont remplies.

Le 24 avril 2014, la Dresse O. _____, psychiatre traitante, indique suivre l'assuré depuis 2012. Au départ, elle rencontre un enfant très inhibé, au contact difficile, qui s'est beaucoup animé et ouvert à travers une prise en charge bimensuelle. Evoquant les progrès constatés (curiosité, prise de conscience de la réalité, résistance moindre aux nouveautés à l'école, plus de persévérance), elle considère que le tableau clinique correspond toujours à un trouble envahissant du développement, *"avec des traits autistiques qui se traduisent par une opposition parfois importante"*.

Le dossier n'a ensuite plus connu d'évolution notable jusqu'au dépôt de la demande d'allocation pour impotent, le 9 août 2017.

Il ressort du rapport d'enquête à domicile du 25 septembre 2017 que l'assuré est autonome dans la plupart des actes ordinaires de la vie. Le besoin d'une aide régulière est relevée pour la préparation des vêtements ("*A._____ est autonome pour s'habiller et se déshabiller. Il arrive à ouvrir et fermer boutons et fermetures-éclair, même à lasser ses souliers. Par contre, il vit dans son monde et il faut le préparer et le contrôler au moment où il quitte l'appartement familial pour se rendre à l'école*") pour l'hygiène corporelle ("*Il a besoin de l'aide indirecte pour se laver et se doucher. Il nécessite une stimulation régulière. Il arrive, par contre, seul à accomplir cet acte ordinaire de la vie*") et pour se déplacer à l'extérieur et établir des contacts sociaux avec l'entourage ("*Au vu de ses troubles du spectre autistique, A._____ n'arrive pas à entretenir des contacts sociaux comme les jeunes de son âge et n'arrive pas à apprécier les dangers et ne connaît pas les règles de la route. Il doit toujours être accompagné par une personne adulte*").

Postérieurement au recours, les recourants ont remis un rapport établi par la Dresse L._____, daté du 20 décembre 2018. Après avoir rappelé le contexte du bilan de réévaluation, elle mentionne que l'assuré suit sa dernière année scolaire et qu'une orientation pré-professionnelle est envisagée en 2019. Le père de l'enfant annonce que le problème principal réside dans les relations sociales. Un repli sur lui-même est constaté depuis l'âge de 13 ans. "*Pas de trouble du sommeil, pas de particularité alimentaire ni sensorielle particulière actuellement, ni stéréotypie motrice*". Après examen, la neuropédiatre confirme la difficulté liée aux relations sociales avec les pairs; elle relève par ailleurs une intelligence dans les limites inférieures de la norme. D'après elle, le tableau clinique actuel paraît correspondre au diagnostic de trouble du spectre autistique. Elle termine en relevant que le retrait social depuis l'adolescence est inquiétant, même si l'assuré ne semble pas en souffrir. Elle mentionne à cet égard que ce dernier aurait intérêt à prendre part à un groupe de compétences sociales, déjà évoqué en 2012 et jamais initié.

4.2. A la lecture de ce qui précède, la Cour de céans prend position comme suit.

Dans la décision querellée, l'OAI a retenu que l'impotence de l'assuré était liée aux critères suivants: se vêtir/se dévêtir (dès avril 2013), se laver/baigner/doucher (dès avril 2013) et se déplacer/établir des contacts sociaux (dès avril 2009).

Il convient de distinguer les critères relatifs à la reconnaissance d'une infirmité congénitale de ceux relatifs à l'impotence. Il s'agit de prestations différentes, par conséquent soumises à des conditions d'octroi distinctes. On peut en particulier relever que l'admission d'une infirmité congénitale peut permettre l'octroi de mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI, comme cela a été le cas en l'espèce. On ne saurait donc en déduire, comme semblent le faire les recourants, que la reconnaissance d'un trouble du comportement (dès 2007), respectivement sa qualification en tant qu'infirmité congénitale (en 2013), pouvait d'emblée justifier la reconnaissance d'une impotence, respectivement qu'elle devait d'emblée impliquer une instruction à cet égard par l'autorité intimée.

Les extraits des rapports médicaux mis en exergue par les recourants (cf. partie "*En fait*" du mémoire de recours) ne permettent pas de tirer une telle conclusion. Il est indéniable que l'assuré présente une atteinte dont l'existence a été admise de longue date. Cela étant, les éléments au dossier ne permettent pas de déceler qu'il nécessitât d'emblée une aide particulière pour accomplir plusieurs actes ordinaires de la vie, en comparaison avec un autre enfant du même âge. Si l'on peut certes imaginer que le trouble du comportement est sans doute de nature à influencer sa vie

quotidienne, ainsi que celle de sa famille, il n'en demeure pas moins que le dossier à disposition de l'OAI ne le fait pas ressortir de façon particulièrement prégnante.

Les demandes de prestations AI déposées par les recourants au nom de leur enfant ne contiennent pas d'informations justifiant une autre conclusion. La demande présentée le 3 mai 2007 est motivée comme suit: "A. _____ souffre d'un retard du langage qui se traduit par d'évidentes lacunes de sociabilité. Sa communication réduite le rend parfois agressif à l'encontre des autres enfants. Ce retard est dû en partie à un problème d'audition [...]". La situation n'est pas différente s'agissant de la demande du 4 décembre 2012, celle-ci étant également motivée par la problématique de trouble du comportement et du langage de l'assuré, sans que l'on ne puisse y discerner des entraves à l'exécution des autres actes ordinaires de la vie.

Une lecture attentive des rapports médicaux présents au dossier (cf. consid. 4.1) va dans le même sens: les investigations se sont concentrées sur les difficultés relationnelles (avant tout langage, communication, sociabilité) de l'assuré, tout particulièrement à l'école. C'est cette problématique qui a été mise en avant, notamment par les parents, et qui a conduit à la mise en place d'exams et de mesures (médicales) spécifiques (logopédie, évaluation de l'intelligence). *A contrario*, des soucis en rapport avec les autres actes ordinaires de la vie n'apparaissent pas de manière évidente, mais tout au plus en filigrane: le rapport du 25 juin 2012 est même plutôt rassurant, mentionnant en particulier l'autonomie de l'enfant pour se doucher et s'habiller. Le fait que ces actes doivent être associés à une forme de routine ne constitue en soi pas un signe évident d'impotence chez un enfant alors âgé de 9 ans, ce d'autant qu'il est précisé plus loin qu'il "*peut accepter, après explication, s'il y a un changement*". L'impression générale qui ressort de la lecture de ce rapport est d'ailleurs plutôt positive, avec plusieurs mentions encourageantes: "*Il suit les consignes*", "*plutôt un enfant facile à vivre*".

Globalement, si les difficultés à entretenir des contacts sociaux constituent certes l'une des conditions prévalant à l'allocation pour impotent, elles ne suffisent pas, à elles seules, à en justifier l'octroi, en l'absence d'autres critères déterminants (cf. supra consid. 2.1). Au demeurant, il est vraisemblable que le fait qu'il s'agisse d'un degré d'impotence faible puisse expliquer, en partie du moins, l'absence de réaction de l'autorité, dès lors que les retombées sont, logiquement, moins flagrantes qu'en cas d'impotence de degré moyen et grave. Dans le même ordre d'idées, on notera qu'une impotence de degré faible n'est admise d'office que dans des cas très particuliers, à savoir dans le cas d'enfants atteints de surdité ou aveugles, compte tenu de l'entrave (massive) que représente leur infirmité dans l'entretien des contacts sociaux (cf. art. 37 al. 3 let. d RAI; CIIAI ch. 8064ss).

Les documents au dossier ne permettent pas de reprocher à l'OAI un manque de diligence et/ou une violation de son devoir d'informer et de conseiller les recourants. A tout le moins peut-on retenir qu'ils ne suffisaient pas à mettre à jour l'existence d'une impotence antérieurement au dépôt de la demande. Il n'est d'ailleurs pas exclu que les besoins de cet assuré, en comparaison à ceux d'autres enfants de son âge, aient pu évoluer au fil du temps. On peut notamment envisager l'hypothèse selon laquelle, bien que tout enfant en bas âge nécessite une surveillance accrue, celle de l'assuré s'est creusée progressivement, en raison de l'acquisition ralentie ou manquante de certaines compétences due à son handicap. Le fait qu'un enfant manifeste de l'opposition ou encore qu'il nécessite une forme d'incitation pour faire sa toilette ne constitue pas, en soi, le signe évident d'une impotence. Ainsi, comme relevé plus haut, il n'est pas possible d'établir que le recourant ait d'emblée requis un surcroît d'attention dans plusieurs domaines ordinaires de la vie.

En outre, la dérogation prévue à l'art. 48 al. 1 LPGA, en vertu de laquelle une demande de prestations rétroactive est limitée à une année, et non cinq ans comme le prévoit l'art. 24 LPGA (cf. supra consid. 2.3), démontre que le législateur entend soumettre ce type de situation à des conditions strictes. Il ressort d'ailleurs des travaux préparatoires que cette restriction est notamment motivée par les difficultés que présente l'examen d'un droit cinq ans après sa naissance (cf. FF 2010 1702). Dans ce contexte, on peut ajouter que la conclusion des recourants, visant à l'octroi d'une allocation pour impotent dès mai 2006, devrait en tous les cas être rejetée, cette prestation pouvant être au plus tôt accordée à partir du 9 août 2012, soit cinq avant le dépôt effectif de la demande, conformément à l'art. 48 LAI (cf. arrêt TF 9C_92/2008 du 24 novembre 2008).

Par ailleurs, les souvenirs auxquels les recourants font référence dans le recours sont invoqués tardivement et ne sont pas corroborés par les pièces à disposition, tout du moins pas dans une mesure suffisante pour justifier l'octroi rétroactif de l'allocation litigieuse.

Il convient encore de relever que la jurisprudence citée à l'appui du recours (arrêt TF 9C_753/2016 cité dans la partie "*En droit*") n'est pas déterminante en l'espèce: cet arrêt concerne en effet un cas où une demande de contribution d'assistance a été déposée à temps, mais sur laquelle l'OAI a tardé à se prononcer, ce qui a conduit à la perte du droit à dite contribution pour l'assuré. A ce titre, elle diffère dès lors fondamentalement du cas d'espèce, dans lequel la demande a été déposée tardivement.

Enfin, on ne saurait tirer du courrier que l'OAI a adressé le 1^{er} septembre 2017 à l'Office fédéral des assurances sociales une reconnaissance, même implicite, du fait que les recourants auraient dû être informés par l'OAI/F. _____ de la possibilité d'obtenir une allocation pour impotent. L'OAI se limite en effet à indiquer ne pas pouvoir déterminer clairement quelles informations ont été transmises aux recourants lors du dépôt de la première demande auprès de l'OAI/F. _____, ce qu'on ne saurait interpréter comme une remise en cause du comportement de ce dernier.

En définitive, c'est à raison que l'OAI a admis l'octroi de l'allocation pour impotent de degré faible à partir du 9 août 2016 seulement.

5.

Le recours doit dès lors être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, ici fixés à CHF 400.-, doivent être mis à la charge des recourants, qui succombent. Ils seront compensés avec l'avance de frais prestée. Le solde de CHF 50.- leur sera restitué après l'entrée en force du jugement.

Il n'est pas alloué de dépens, vu l'issue de la procédure.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge des recourants. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 9 octobre 2018. Le solde de CHF 50.- leur sera restitué.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 2 avril 2019/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :