



**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 2019 42

Arrêt du 22 septembre 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :	Johannes Frölicher
Juges :	Olivier Bleicker, Marc Sugnaux
Greffière-stagiaire :	Sarah Darwiche

Parties

A. _____, **recourant**, représenté par Me Charles Guerry, avocat
contre

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

Objet

Assurance-invalidité – allocations pour impotent

Recours du 12 février 2019 contre la décision du 16 janvier 2019

considérant en fait

A.

A.a. A. _____, né en 2008, originaire de B. _____, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'office AI) une demande d'allocation pour impotent le 3 mars 2015. C. _____ et D. _____, ses parents, ont relevé dans cette demande que l'enfant avait régulièrement et de façon importante besoin de leur aide directe ou indirecte pour se vêtir/se dévêtir (chaussettes, fermeture éclair, fermeture des boutons, préparer ses habits, etc.), pour manger (couper sa nourriture), pour les soins du corps (se baigner/se doucher), pour aller aux toilettes (mettre en ordre ses habits, hygiène corporelle et propreté), pour se déplacer à l'extérieur (exposition inconsciente à des situations de danger) et pour entretenir des contacts sociaux (timidité extrême, introversion ponctuelle, etc.), ainsi que d'une surveillance pendant la nuit (terreurs nocturnes, réveils fréquents, impossibilité de s'endormir seul, besoin d'un adulte dans la chambre) et le jour (surveillance constante).

Les 10 et 13 mars 2015, la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et psychiatre traitante, a indiqué que A. _____ était en traitement depuis le 19 janvier 2015 et souffrait de psychoses primaires du jeune enfant (angoisses archaïques de morcellement, de mort et d'atteinte au corps; ch. 406 de l'annexe à l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales [OIC ; RS 831.232.21]). Elle a posé le diagnostic d'autres troubles psychotiques non organiques (diagnostic différentiel: état-limite); l'enfant était déscolarisé en raison d'importantes difficultés d'intégration depuis début 2015 (dès qu'un événement générateur d'angoisse survenait, il «bloquait» et l'intégration devenait pratiquement impossible). Elle a également mentionné un trouble envahissant du développement (ch. 405 OIC).

Le 11 mars 2015, l'Inspectrice de l'enseignement spécialisé du canton de Fribourg a recommandé aux parents la (re)scolarisation progressive de l'enfant en classe ordinaire avec un soutien intégratif spécialisé du Service de l'enseignement spécialisé et des mesures d'aide (SESAM). En août 2015, A. _____ a réintégré l'école primaire de son village à environ 50 % (dispenses accordées pour certaines activités manuelles ou sportives afin qu'il puisse suivre des traitements de psychothérapie et d'ergothérapie sur le temps scolaire), avec l'appui d'une enseignante spécialisée du SESAM tous les matins (pendant environ 50 minutes).

Lors d'un entretien avec les parents de l'enfant qui s'est déroulé le 18 septembre 2015, une collaboratrice spécialisée de l'office AI a noté que C. _____ et D. _____ faisaient état d'un enfant présentant des troubles psychotiques avec de grandes difficultés d'intégration; l'enfant présentait une sensibilité aux odeurs, aux bruits et une très forte réaction tactile; d'après les tests effectués en janvier 2015, il montrait une intelligence très supérieure à la moyenne, mais présentait un retard au niveau émotionnel; il exprimait des angoisses de mort, d'atteintes du corps et mélangeait le monde imaginaire et réel; dans ces moments d'insécurité et de crainte, il avait besoin d'un adulte de référence; il avait fréquenté l'école primaire de son village pendant l'année scolaire 2013/2014, puis les écoles privées F. _____ de septembre à décembre 2014 et G. _____ de janvier à février 2015. Elle a retenu que A. _____ avait besoin d'une aide directe ou indirecte pour se vêtir, se dévêtir et pour préparer ses vêtements, pour couper ses aliments, pour se laver, se peigner, se baigner et se doucher, pour se déshabiller et se rhabiller avant et après les toilettes, pour vérifier son hygiène aux toilettes (aide pour s'essuyer), pour se

déplacer à l'extérieur et pour établir des contacts sociaux. L'enfant avait également besoin d'un accompagnement pour des visites médicales et/ou thérapeutiques et d'une surveillance personnelle permanente. La collaboratrice spécialisée a ensuite recueilli l'avis de la Dre H. _____, qui faisait état d'une amélioration de l'état de santé de l'enfant depuis janvier 2015 (avis du 29 octobre 2015), puis celui de l'enseignante et de la collaboratrice spécialisée du SESAM (entretiens téléphoniques du 3 novembre 2015).

Le 1^{er} septembre 2016, la Dre H. _____ a relevé que l'enfant montrait une évolution très positive; il avait pu profiter de la thérapie pour mettre en place des outils qui l'aidaient à faire face à ses angoisses et arrivait à les maîtriser; il ne manquait que très rarement l'école.

Le 3 juillet 2017, l'office AI a indiqué qu'il envisageait de rejeter la demande d'allocation pour impotent. Le 23 août 2017, C. _____ et D. _____ se sont opposés à ce projet de décision, considérant que leur fils avait droit à une allocation pour impotence de degré moyen. A l'appui de leur écriture, ils ont déposé les avis des docteurs H. _____ (du 12 juillet 2017) et I. _____, spécialiste en pédiatrie et pédiatre traitant (du 29 août 2017). Le docteur I. _____ a en particulier attesté qu'il suivait l'enfant depuis sa naissance et que A. _____ présentait les symptômes suivants: impossibilité d'être gardé par un tiers, examens cliniques toujours plus compliqués qu'un enfant du même âge, se cachait derrière ses parents, ne restait jamais seul sans ses parents, déclenchement de peurs et d'angoisses incontrôlables, difficulté de le contenir, sortait de la norme, difficultés pour la douche, pour se laver et se couper les cheveux ou les ongles, hypersensibilité auditive, olfactive et tactile, problèmes lors des contacts avec les autres enfants, difficultés relationnelles et maladresse au niveau de la motricité.

Lors d'un entretien téléphonique du 12 janvier 2018, l'enseignante de l'enfant a indiqué à l'office AI que A. _____ avait fait des progrès lors de l'année 2015-2016; la situation s'était cependant détériorée durant la pause estivale; il avait toujours eu plus de peine à se séparer de ses parents lorsque ceux-ci le conduisaient à l'école; dès que l'enfant avait franchi le pas de l'établissement, il n'y avait en revanche plus de problème; dès que l'enfant avait pu se séparer de sa mère (ce qui pouvait durer de 20 à 30 minutes et nécessitait l'aide d'une enseignante spécialisée), tout rentrait dans l'ordre et l'enseignante spécialisée n'avait plus rien à faire (aucune difficulté scolaire); l'enfant ne posait aucun problème en classe et ne manifestait aucune angoisse (l'enseignante a souligné que l'enfant ne laissait cependant rien transmettre et qu'il prenait peut-être beaucoup sur lui); entre octobre et décembre 2016, l'enfant avait été de plus en plus absent; puis début 2017, l'enseignante avait appris de sa direction que l'enfant ne reviendrait plus (plus aucune nouvelle depuis). Sur question de la collaboratrice de l'office AI, elle a précisé que A. _____ était autonome pour se déshabiller et se rhabiller au vestiaire ou aux leçons de gymnastique (il avait certes un peu moins d'assurance, mais il assumait les gestes seul); il ne demandait jamais pour aller aux toilettes; il entretenait de bonnes relations avec les autres enfants, mais était tellement peu présent que les autres enfants avaient tendance à l'oublier (mais il était très apprécié et pas mis de côté).

Le 21 septembre 2018, l'Inspectrice de l'enseignement spécialisé du canton de Fribourg a confirmé à l'office AI que les parents avaient demandé à ce que l'enfant soit scolarisé à domicile, ce que la Direction de l'instruction publique, de la culture et du sport (DICS) avait autorisé le 6 mars 2017. Le 23 octobre 2018, le chef de service adjoint du Service de l'enseignement obligatoire de langue française du canton de Fribourg a également confirmé à l'office AI que l'enfant était scolarisé à domicile, à la demande des parents (décision du 2 août 2018).

Par décision du 16 janvier 2019, l'office AI a rejeté la demande d'allocation d'impotent. Il a retenu que l'enfant ne nécessitait pas, en raison de son attente à la santé, d'un surcroît d'aide ou de surveillance par rapport à un enfant du même âge.

A.b. Parallèlement, en se fondant sur l'avis de la Dre J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et médecin auprès du Service médical-régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'office AI a pris en charge par communication du 10 octobre 2018 les coûts du traitement de l'infirmité congénitale (ch. 406 OIC) et des appareils médicalement prescrits dans une exécution simple et adéquate (du 3 mars 2014 au 30 novembre 2028 au plus tard).

Dans ce cadre, dans un bilan initial du 4 février 2015, K. _____, l'ergothérapeute de l'enfant, a relevé que A. _____ s'était tenu assis seul dès l'âge de sept mois, qu'il n'avait pas marché à quatre pattes et qu'il avait fait ses premiers pas à quatorze mois; il était un enfant très sensible, qui se décourageait facilement, qui avait de la difficulté à accepter la frustration et qui était rapidement perturbé par des événements inhabituels; il était important de lui préparer les transitions dans les activités (besoin de petits «rituels» pour se sentir prêt); il éprouvait actuellement des difficultés au niveau de ses capacités motrices fines, qui limitaient son autonomie dans sa scolarité; pour l'habillage, il avait besoin d'aide pour enfiler les chaussettes et pour manipuler les boutons et les fermetures Éclair; il peinait à manipuler les services à table; concernant ses capacités motrices globales, il avait appris à aller en tricycle à trois ans; actuellement, il ne savait pas aller en vélo sans appui des roues latérales; au niveau de ses compétences pratiques, il pouvait avoir des difficultés à porter plusieurs objets à la fois; il peinait souvent à reproduire les mouvements; il lui arrivait d'avoir des difficultés pour faire un jeu de construction selon un modèle; au niveau de l'intégration de l'information vestibulaire, il pouvait paraître maladroit ou manquer de coordination; il peinait à se rattraper lorsqu'il chutait et semblait excessivement craintif sur les places de jeux; il peinait à faire les roulades ou à utiliser les ascenseurs et les escaliers roulants; il bougeait et tournait sur lui-même plus que les autres enfants; au niveau de l'intégration de l'information proprioceptive, il recherchait souvent les activités de résistance et mettait trop de pression dans ses gestes; il tenait les objets très forts, les rendant difficile à utiliser; il recherchait souvent le mouvement et pouvait se mettre en situation dangereuse sans s'en rendre compte; au niveau de l'intégration de l'information visuelle, il exprimait de l'inconfort ou évitait la lumière vive; il lui arrivait parfois de se heurter aux objets; au niveau de l'information auditive, il lui arrivait souvent de ne pas entendre les choses qu'on lui disait; il pouvait réagir excessivement à des bruits forts ou être distrait par des bruits ordinaires; quant au système gustatif olfactif, il était souvent perturbé par certaines saveurs ou odeurs ordinaires. L'ergothérapeute a retenu qu'il s'agissait d'un enfant intelligent, ouvert et spontané, qui avait des difficultés à percevoir son corps et organiser ses gestes au quotidien; pour les activités motrices globales, il avait tendance à bouger en bloc, ses mouvements étaient peu dissociés et manquaient de fluidité; il présentait une insécurité gravitationnelle qui limitait ses activités quotidiennes; il était vite déstabilisé ou fatigué; son tonus musculaire était bas, il avait souvent besoin de chercher des appuis lors des différentes activités; dans les activités de motricité fine, la manipulation d'objets était imprécise; il avait besoin de beaucoup de temps pour exécuter les tâches demandées. Pour pallier ces difficultés, elle a recommandé une prise en charge en ergothérapie (propositions confirmées les 30 juin et 2 novembre 2015 lors de bilans intermédiaires).

B. A. _____, par ses parents C. _____ et D. _____, représenté par Me Charles Guerry, avocat, forme un recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales. Il conclut à l'octroi d'une allocation d'impotence pour mineurs de degré grave, sous suite de frais et

dépens. A l'appui du recours, il dépose un nouvel avis de la Dre H. _____ (non daté), un rapport d'évaluation de la Commission du district du Lac pour l'aide et les soins à domicile du 19 avril 2017, ainsi qu'un document rédigé par ses parents le 5 février 2019.

Dans sa réponse du 11 juin 2019, l'office AI propose à la Cour de céans d'octroyer une allocation pour impotence de degré faible dès le 1^{er} novembre 2014 (en raison d'une surveillance personnelle permanente).

Le 22 juillet 2019, l'assuré dépose un nouvel avis du Dr I. _____ du 17 juillet 2019. Le pédiatre fait état d'un trouble envahissant du développement, avec des difficultés pour l'enfant pour accomplir six actes ordinaires de la vie (se vêtir/se dévêtir, se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes et se déplacer).

L'office AI a renoncé à déposer des observations complémentaires.

Le 6 janvier 2020, Me Guerry a déposé sa note de frais.

Le 20 janvier 2020, l'assuré a renoncé par ses parents à sa requête tendant à des débats publics.

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

Il sera fait état de leurs arguments, développés 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 un assuré, représenté par ses parents, directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

2.1. Selon l'art. 42 al. 1 à 4 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; l'art. 42^{bis} LAI est réservé (al. 1); L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2); est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible; l'art. 42^{bis} al. 5 est réservé (al. 3); l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40 al. 1 LAVS, ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite; la naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI (al. 4).

2.2. L'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) règle l'évaluation de l'impotence; l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent; tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (al. 1); 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 (al. 2 let. a), 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 (al. 2 let. b), 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'art. 38 RAI (al. 2 let. c); l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (al. 3 let. a); d'une surveillance personnelle permanente (al. 3 let. b); de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (al. 3 let. c); de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (al. 3 let. d); ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (al. 3 let. e); dans le cas des mineurs, 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 (al. 4).

2.2.1. Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les ch. 8010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes ordinaires les plus importants de la vie se répartissent en six domaines (ATF 133 V 450 consid. 7.2; 127 V 94 consid. 3c) :

- se vêtir et se dévêtir (y c. mettre et retirer un éventuel moyen auxiliaire, pour autant qu'il ne serve pas à un traitement ou à une thérapie);
- se lever, s'asseoir et se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter);
- manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde);
- faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher);
- aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes); et
- se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart des fonctions partielles; il suffit qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir des fonctions dans plusieurs actes ordinaires (arrêt TF 8C_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 et les références). Si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile

ou ralenti par l'atteinte à la santé, il n'y a pas impotence (arrêt TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 et la référence).

L'aide peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie (ch. 8028 CIIAI). Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450; ch. 8029 CIIAI). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin; elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8030 CIIAI).

L'impotence due à l'invalidité d'un mineur est évaluée selon les mêmes critères que celle d'un adulte. Ne peut être pris en considération que le surcroît d'aide et de surveillance personnelle nécessaire par rapport aux mineurs du même âge ne souffrant d'aucun handicap. Plus l'âge d'un enfant est bas, plus il a besoin d'une aide conséquente et d'une certaine surveillance, même s'il est en parfaite santé (ATF 137 V 424 consid. 3.3.3.2). Tel est en particulier le cas pour l'aide indirecte. Tout enfant a besoin de rappels et de contrôles répétés pour se lever, aller au lit, se laver les mains, etc. Une aide éventuelle ne peut donc être reconnue que si elle atteint une certaine intensité et qu'elle dépasse manifestement la mesure habituelle (ch. 8088 CIIAI).

Sont applicables à l'évaluation de l'impotence des mineurs les lignes directrices relatives à l'évaluation de l'impotence déterminante des mineurs citées dans l'annexe III CIIAI (ch. 8086 à 8088 CIIAI). Elles détaillent l'âge à partir duquel, en moyenne, un enfant en bonne santé n'a plus besoin d'une aide régulière et importante pour chacun des actes ordinaires de la vie. Cet âge détermine le début du délai d'attente d'un an. Dans cette annexe, il est indiqué qu'à partir de six ans, les boutons d'un habit ne posent plus de difficultés à l'enfant; il peut couper lui-même la plupart des aliments (il a besoin d'aide seulement de manière ponctuelle, par exemple pour découper la viande); il se sert de ses couverts sans problèmes; il n'accepte plus volontiers l'aide pour son hygiène (un contrôle est cependant encore nécessaire); il peut s'essuyer lui-même aux toilettes et se rhabiller tout seul; à partir de huit ans, un enfant mange de façon autonome et peut aussi couper lui-même de la viande et une pizza; il peut se laver les cheveux et se coiffer en étant contrôlé; il a conscience des règles de la circulation et peut apprécier les dangers; à partir de dix ans, il n'a plus besoin de contrôle; le choix des vêtements est adéquat la plupart du temps; il n'a plus besoin de contrôle régulier pour se laver les cheveux et se coiffer.

2.2.2. 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. 42^{bis} al. 5 LAI). L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. b RAI) ou éviter un risque important de s'isoler durablement du

monde extérieur (art. 38 al. 1 let. c RAI). Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes: structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers; ATF 133 V 450 consid. 10). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (arrêt TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (arrêt TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2, SVR 2008 IV n° 52 p. 173).

Le ch. 8053 CIIAI prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2; arrêt TF 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 2).

2.3. Pour sa part, la notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte à l'un des titres des actes ordinaires de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de la personne assurée. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque cette dernière ne peut être laissée seule toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que la personne assurée séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de la personne assurée. En principe, peu importe l'environnement dans lequel celle-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que la personne vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que la personne assurée, laissée sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit elle-même soit des tiers (ch. 8035 CIIAI). Le Tribunal fédéral admet que l'aide importante dont a besoin l'enfant peut dans certaines circonstances revêtir la forme d'une simple surveillance, par exemple lorsqu'il suffit que le parent invite l'intéressé à accomplir l'un de ces actes qu'il omettrait sans cela à cause de son état psychique (ATF 106 V 153 consid. 2a).

On n'accordera qu'une importance minimale à la surveillance personnelle dans les cas d'impotence grave, étant donné que par définition, l'impotence grave présuppose que la personne assurée dépende régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie. Il faut en revanche attribuer plus d'importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas d'impotence moyenne ou faible parce que les situations exigeant l'aide

d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie sont beaucoup moins fréquentes en cas d'impotence moyenne (art. 37 al. 2 let. b RAI) et inexistantes en cas d'impotence faible (art. 37 al. 3 let. b RAI) (ch. 8037 CIIAI).

2.4. L'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses est augmentée d'un supplément pour soins intenses; celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home. Le montant mensuel de ce supplément s'élève à 100 % du montant maximum de la rente de vieillesse au sens de l'art. 34 al. 3 et 5 LAVS, lorsque le besoin de soins découlant de l'invalidité est de 8 heures par jour au moins, à 70 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 6 heures par jour au moins, et à 40 % de ce montant maximum lorsque le besoin est de 4 heures par jour au moins. Le supplément est calculé par jour. Le Conseil fédéral règle les modalités (art. 42^{ter} al. 3 LAI). Aux termes de l'art. 39 RAI, chez les mineurs, sont réputés soins intenses au sens de l'art. 42^{ter} al. 3 LAI, les soins qui nécessitent, en raison d'une atteinte à la santé, un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée (al. 1); n'est pris en considération dans le cadre des soins intenses, que le surcroît de temps apporté au traitement et aux soins de base tel qu'il existe par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé; n'est pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques (al. 2); lorsqu'un mineur, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin en plus d'une surveillance permanente, celle-ci correspond à un surcroît d'aide de deux heures; une surveillance particulièrement intense liée à l'atteinte à la santé est équivalente à quatre heures (al. 3).

2.5. Pour se déterminer sur l'existence d'une impotence, l'autorité doit disposer d'informations venant de médecins et d'autres collaborateurs spécialisés, 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 a la possibilité de réaliser une enquête sur place; en cas de première demande d'allocation pour impotent, assortie, le cas échéant, d'un supplément pour soins intense pour les mineurs, de demande d'augmentation de l'allocation pour impotent, en raison d'une aggravation de l'impotence et demande de supplément pour soins intense ou d'augmentation de celui-ci en raison d'un besoin d'assistance accru ou de révision d'office en cas de modification de l'impotence ou du besoin d'assistance, l'office AI procède toujours à une enquête sur place (ch. 8131 CIIAI, en lien avec le ch. 8130). Cette enquête doit porter sur l'impotence, sur un éventuel besoin d'assistance supplémentaire dans le cas des mineurs et sur le lieu de séjour des intéressés. En cas de divergences importantes entre le médecin traitant et le rapport d'enquête, l'office AI éclaircit la situation en demandant des précisions et en faisant appel au SMR (ch. 8129 à 8133 CIIAI).

3.

Le litige porte sur le droit de l'enfant à une allocation pour impotent, ainsi qu'à un éventuel supplément pour soins intenses (art. 39 RAI et art. 42^{ter} al. 3 LAI).

4.

Le recourant sollicite la tenue d'une séance d'instruction afin que la Cour procède à l'audition de son père, de sa mère, des docteurs H. _____ et I. _____, ainsi que du rédacteur du rapport d'évaluation de la Commission du district du Lac pour l'aide et les soins à domicile du 19 avril 2017.

En l'espèce, le dossier constitué par l'office intimé est complet et permet à la Cour de statuer en connaissance de cause. Les médecins traitants ont en particulier pu s'exprimer par écrit au cours de la procédure, à de multiples reprises, et les parents de l'enfant ont déposé une prise de position écrite circonstanciée. Aussi, après une appréciation anticipée des moyens de preuve proposés par le recourant, la Cour considère qu'il n'y a pas lieu d'organiser une séance d'instruction ou de requérir des renseignements complémentaires (notamment la production du dossier constitué par la Commission du district du Lac pour l'aide et les soins à domicile). Les requêtes y relatives seront dès lors rejetées. Quant à la tenue de débats publics, le recourant y a renoncé le 20 janvier 2020. Et de tels débats ne paraissent pas nécessaires.

5.

Invoquant une aide régulière et importante de ses parents pour tous les actes ordinaires de la vie et le besoin d'une surveillance personnelle permanente, le recourant demande l'octroi d'une allocation pour impotence de degré grave.

Dans sa réponse, l'office intimé propose l'admission partielle du recours et l'octroi d'une allocation pour impotence de degré faible (surveillance personnelle permanente).

5.1. En l'espèce, il est constant que le recourant souffre d'une infirmité congénitale (ch. 406 OIC) et perçoit à ce titre des mesures médicales (communication du 10 octobre 2018). Il s'agit d'un jeune enfant scolarisé à son domicile, à la demande de ses parents, et qui présente en raison de son trouble du développement de grandes difficultés d'intégration (angoisses de morcellement, de mort et d'atteinte au corps). Lors de crises, qui peuvent être violentes (avec notamment un risque de mise en danger ou d'automutilation), il semble désespéré et déconnecté de la réalité. Il peut se mettre en danger, sans s'en rendre compte. Ce n'est que lorsqu'il se trouve face au danger qu'il reprend ses esprits; il ne comprend alors pas la situation. Il est en outre très sensible aux odeurs, aux bruits, se fatigue rapidement et présente une très forte réaction tactile (ne supporte par exemple pas qu'on lui touche la tête). Il ne peut pas s'endormir seul, présente des terreurs nocturnes et se réveille très fréquemment. Il exprime régulièrement des envies de mourir (rapport du 18 septembre 2015, ch. 3 et 4).

5.2.

5.2.1. Au terme de l'entretien du 18 septembre 2015, la collaboratrice spécialisée de l'office AI a retenu que l'enfant avait besoin d'une aide directe ou indirecte pour cinq actes ordinaires de la vie, soit se vêtir, se dévêtir (tout ce qui requérait une dextérité fine, comme enfiler les chaussettes, les fermetures éclair, boutonnage, etc.) et pour préparer ses vêtements (l'enfant supportait mal certaines matières et les parents devaient veiller à ne pas rentrer dans ses exigences, par exemple enfiler des gants), pour couper les aliments (peu adroit, difficultés à manipuler les services, incommodé par les odeurs ou saveurs ordinaires, etc.), pour se laver (ne supporte pas qu'on lui touche la tête, encouragement pour se laver les dents, etc.), se peigner (assimile la coupe de ses cheveux à une atteinte à son intégrité avec risque de mort), se baigner et se doucher (l'eau n'est pas un élément avec lequel il se sent à l'aise, hypersensibilité tactile), pour se déshabiller et se rhabiller avant et après les toilettes, pour vérifier son hygiène aux toilettes (enfant propre), pour se déplacer à l'extérieur (aucune conscience du danger et mise en situation difficile) et pour établir des contacts sociaux (besoin d'un environnement sécurisant avec des personnes connues, difficulté à se créer des contacts, très timide, ne semble pas avoir de codes sociaux, etc.).

Dans une note du 15 décembre 2015, elle a considéré que cette aide se confondait cependant avec une surveillance personnelle de deux heures par semaine (nécessité de la présence d'un tiers). Il n'est pas clair si cette opinion se fondait en réalité sur le (seul) fait qu'elle n'était pas certaine que le médecin du SMR admettait l'existence d'une infirmité congénitale (ce qui sera expressément le cas ultérieurement; avis du SMR du 12 décembre 2017). Dans sa réponse, l'office intimé n'a par ailleurs pas souhaité développer les raisons pour lesquelles il considère qu'une surveillance personnelle suffisait. Quoi qu'il en soit, dans l'arrêt 608 2017 74 du 30 juillet 2018, la Cour de céans a jugé que l'aide indirecte apportée à la personne atteinte dans sa santé par des tiers est rattachée aux actes ordinaires de la vie et non pas à la surveillance personnelle permanente. L'aide indirecte suppose en effet la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin (consid. 2.2.1 supra). Aussi, la surveillance personnelle ne se confond ni avec l'aide apportée pour réaliser les actes ordinaires de la vie, ni avec le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base.

5.2.2. Dans le cas présent, au vu des avis médicaux produits au dossier, la Cour retient que le recourant a besoin, même avec des moyens auxiliaires, d'une aide régulière et importante de ses parents pour manger, faire sa toilette, se coucher et entretenir des contacts sociaux (quatre actes ordinaires de la vie au sens de l'art. 37 al. 2 RAI). Au vu des multiples restrictions et des angoisses de morcellement, de mort et d'atteinte au corps, il se justifie de retenir que l'aide (directe ou indirecte) de ses parents est en effet soumise à des exigences qui dépassent nettement le cadre d'une surveillance personnelle pour : assurer la présence de l'enfant à table lors des repas principaux et des goûters, pour découper la nourriture (nécessite des rituels et des encouragements), pour gérer le comportement récalcitrant de l'enfant lorsqu'il doit se laver (respectivement lorsqu'il doit se laisser couper les cheveux ou les ongles), pour gérer un coucher compliqué, pour se lever et calmer l'enfant la nuit (terreurs nocturnes) et pour entretenir des contacts sociaux (enfant craintif, en retrait, très timide et qui peine à maîtriser les codes sociaux). L'enfant est en revanche en mesure de se vêtir, le cas échéant avec des moyens auxiliaires (enfiler ses chaussettes, etc.), et d'aller aux toilettes (enfant propre) sans l'aide de ses parents. On peut en outre attendre des parents qu'ils choisissent avec l'enfant des vêtements qui lui conviennent (texture du vêtement) et qu'ils vérifient, en considération de son jeune âge, son hygiène corporelle. Contrairement à la position des médecins traitants, l'enseignante de l'enfant a enfin assuré qu'il était autonome pour se vêtir ou se dévêtir lors des cours de gymnastique (note d'entretien téléphonique du 12 janvier 2018). L'enfant n'est donc pas entièrement impotent.

On rappellera encore que l'office intimé a admis dans sa réponse que le recourant a besoin d'une surveillance personnelle permanente. Cette surveillance est nécessaire car il ne peut pas être laissé seul toute la journée en raison de ses psychoses primaires, de ses crises (pouvant survenir brusquement), de son obnubilation de la mort et de son impossibilité à saisir les situations dangereuses. En d'autres termes, laissé sans surveillance, il se mettrait en danger de façon très probable. L'enfant n'a en revanche pas besoin d'une surveillance particulièrement intense; il ne requiert pas la disponibilité constante d'un tiers (cf. 8079 ss CIIAI).

5.2.3. Au vu des éléments qui précèdent, le recourant a droit à une allocation pour impotence moyenne dès le 1^{er} novembre 2014 (art. 42 LAI, art. 37 al. 2 RAI et art. 48 al. 1 LAI), soit dès son sixième anniversaire (art. 35 al. 1 RAI). Avant cet âge, même les enfants en bonne santé ont besoin de surveillance et de l'aide (directe et indirecte) de leurs parents. Le recourant n'a d'ailleurs

débuté une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique qu'à compter de janvier 2015 et déposé une demande de prestations qu'en mars 2015.

6.

Conformément à l'art. 36 al. 2 LAI, les mineurs ayant droit à une allocation pour impotent, qui ne séjournent pas dans un home, mais qui ont besoin de soins intenses, ont droit à un supplément pour soins intenses au sens des art. 42^{ter} al. 3 LAI et art. 39 RAI.

A cet égard, le recourant et l'office AI n'ont pris aucune conclusion à ce sujet. La collaboratrice spécialisée de l'office AI s'est de plus limitée au cours de la procédure à fixer le besoin de la surveillance personnelle à deux heures par semaine (en vertu de l'art. 39 al. 3 RAI), mais ne s'est pas exprimée sur le surcroît d'aide (directe ou indirecte) nécessaire durant la journée (art. 39 al. 1 et 2 RAI). Aussi, il n'appartient pas au Tribunal cantonal, qui ne possède pas les connaissances spécialisées, de statuer pour la première fois sur le surcroît d'aide que nécessite l'atteinte à la santé de l'enfant durant la journée. Sans connaître la position des parents et de la collaboratrice spécialisée de l'office intimé, il n'est en effet pas possible de déterminer si le besoin de l'enfant est de 4 heures par jour au moins, de 6 heures par jour ou de 8 heures par jour (art. 42^{ter} al. 3 LAI). Il convient dès lors de renvoyer l'affaire à l'office AI afin que le recourant ne soit pas privé d'un degré de juridiction et que les parents puissent être entendus par des personnes spécialement formées à cet effet.

7.

Le recours est partiellement admis et la décision attaquée est réformée en ce sens que le recourant a droit à une allocation pour impotence moyenne dès le 1^{er} novembre 2014. Pour le surplus, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle procède aux mesures d'instructions nécessaires (supplément pour soins intenses) et statue à nouveau au sens des considérants.

Compte tenu de l'admission partielle du recours (le recourant demandait une allocation pour impotence grave), les frais de la procédure sont répartis entre les parties (un quart à la charge du recourant et trois quarts à la charge de l'office intimé).

Le mandataire du recourant a déposé sa liste de frais le 6 janvier 2020.

Celle-ci atteste d'un travail de 17 heures et 58 minutes et de débours de CHF 320.10. Cette somme de travail est compatible avec le traitement du dossier et la difficulté de la cause. En se fondant sur les nouvelles pièces recueillies par le mandataire, l'office intimé est d'ailleurs revenu sur sa décision. Il convient d'ajouter encore une heure de travail, afin de tenir compte des opérations accomplies par l'avocat depuis le 6 janvier 2020 (correspondances et une conversation téléphonique). La Cour retiendra dès lors un travail de 18 heures et 58 minutes. Compte tenu de l'admission partielle du recours, l'indemnité sera réduite d'un quart.

L'indemnité de partie du recourant est dès lors fixée à CHF 4088.55 (honoraires : CHF 3556.25 [3/4 x [18 heures 58 minutes x CHF 250.-]], débours : CHF 240.- [3/4 x CHF 320.10] ; TVA : CHF 292.30 [7.7 %]). Elle est mise entièrement à la charge de l'office AI.

la Cour arrête :

I. Le recours est partiellement admis.

Partant, la décision du 16 janvier 2019 est réformée en ce sens que le recourant a droit à une allocation pour impotence moyenne dès le 1^{er} novembre 2014. Pour le surplus, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires et statue à nouveau au sens des considérants.

II. Les frais de la procédure de recours sont fixés à CHF 400.-. Ils sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, à concurrence de 3/4, soit CHF 300.- et du recourant à concurrence de 1/4, soit CHF 100.-.

III. Le solde de l'avance de frais de CHF 400.- sera restitué au recourant après l'entrée en force du présent arrêt (CHF 300.-).

IV. Un montant de CHF 4'088.55 (dont CHF 292.30.- au titre de la TVA) à verser à Me Charles Guerry, à titre d'indemnité de partie, est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

V. 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 22 septembre 2020/obl

Le Président :

La Greffière-stagiaire :