

GE_GERICHTE A/282/2009 vom 19. August 2009

GE Cour de justice, 2009-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_282_2009

FR: GE_GERICHTE A/282/2009 du 19 août 2009

IT: GE_GERICHTE A/282/2009 del 19 agosto 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.08.2009
A/282/2009

A/282/2009 ATAS/1015/2009 du 19.08.2009 (AI) , ADMIS Recours TF déposé le 24.09.2009, rendu le 20.11.2009, ADMIS, 9C_818/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/282/2009 ATAS/1015/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 19 août 2009 En la cause Madame A_____, soit pour elle sa mère B_____, à Chancy, représentée par PROCAP Service juridique recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT A_____, née en 2005, a bénéficié de mesures médicales et de mesures de formation scolaire spéciale, à la charge de l'assurance-invalidité, pour des infirmités congénitales consistant en de légers troubles moteurs cérébraux, chiffre 395 de l'annexe de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 (OIC), en des troubles métaboliques néonataux sévères (hypoglycémie ; 498 OIC) et en un strabisme convergent (427 OIC). Selon le rapport de physiothérapie du 28 mars 2007, l'enfant a fait beaucoup de progrès ces derniers mois, mais reste longtemps sur ses acquisitions. Il faut beaucoup de stimulation pour l'aider à progresser. Son développement psychomoteur est nettement entravé par des troubles du comportement qui la rendent irritable et sont parfois difficiles à gérer. Le rapport génétique du 15 mai 2007 fait état d'une "Délétion du bras court d'un chromosome 9 à partir de la bande p22.3". Selon le rapport du 8 mai 2007 du Service du développement et de la croissance des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'enfant présente les diagnostics suivants : hypoglycémies néonatales, lésion post-ischémique focale pré-rolandique droite, signes dysmorphiques et retard psychomoteur important. Le résumé relatif à l'évaluation motrice est le suivant : « A_____ progresse à son rythme. Elle suit sa courbe de développement motrice donc reste en retard en ce qui concerne les acquisitions motrices. Elle présente un tonus global de type hypotone ainsi qu'une force globale diminuée. Elle présente des défenses tactiles selon les objets et évite de mettre en charge ses pieds et mains. Elle présente aussi une héli-négligence pour son membre supérieur gauche, raison pour laquelle l'ergothérapie pourrait être mise en place tout en poursuivant les autres thérapies. » L'évaluation du développement cognitif est résumée comme suit : « ...le développement mental de A_____ évolue selon l'échelle de Bayley, en décalage important par rapport aux normes pour son âge. Nous observons que A_____ a fait relativement peu de progrès depuis la dernière consultation et reste limitée dans ses acquisitions en raison de ses importantes difficultés motrices. Il est possible qu'elle ait utilisé en grande partie ses ressources pour développer ses compétences motrices, lors des derniers mois. Il est toutefois important qu'on puisse l'aider à développer également ses compétences mentales, en la guidant pour contourner ses difficultés motrices. C'est pourquoi nous proposons d'augmenter la fréquence du SEI

[Service éducatif itérant] à raison d'une fois par semaine. » Dans un avis médical du 19 septembre 2007, le Dr L_____ du Service médical régional AI pour la Suisse Romande (SMR) indique ce qui suit : « Cette jeune fille présente un certain nombre d'éléments compatibles avec une infirmité motrice, shuffling, héli-négligence gauche. Le retard moteur important peut être partiellement responsable de la situation. Il est donc difficile pour l'heure de nier ou de reconnaître une OIC 390. Néanmoins, il est donc possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI [loi sur l'assurance-invalidité] OIC 395 (...). » Par décision du 5 octobre 2007, l'OCAI octroie à l'enfant la prise en charge d'une physiothérapie et d'une ergothérapie ambulatoire en rapport avec l'infirmité congénitale 395 OIC. Le 22 octobre 2007, le Dr M_____ du Service d'orthopédie pédiatrique de l'Hôpital des enfants prescrit des orthèses à l'enfant. Selon le devis du 3 décembre 2007, le coût de celles-ci s'élève à 4'241 fr. 60. Le 30 octobre 2007, la Dresse N_____, médecin adjoint au Service du développement et de la croissance des HUG atteste que l'enfant souffre d'une infirmité congénitale correspondant au ch. 390 OIC. Dans l'annexe à son rapport médical elle déclare que l'ataxie se manifeste lors des mouvements. L'influence de la symptomatologie sur les activités quotidiennes est la suivante : retard mental important avec difficultés de mettre en charge les pieds et les mains, héli-négligence du membre supérieur gauche. Selon le rapport d'ergothérapie de janvier 2008, l'enfant a progressivement mieux accepté et intégré les contraintes physiques imposées (changement de posture, mise en charge, déséquilibre, appui, etc..) et les aspects tactiles donnés. Elle s'est investie et impliquée dans les activités mises à sa disposition pour les découvrir plus intensément tout en présentant également une attention soutenue. Selon le rapport du 21 janvier 2008 des Drs N_____ et O_____, les mesures actuellement prescrites ne traitent pas spécifiquement l'affection de l'enfant (anomalie chromosomique et lésions cérébrales), sont nécessaires au soutien développemental de l'enfant en vue d'une intégration scolaire dans un premier temps et, par la suite, pour l'accomplissement d'une vie plus au moins autonome. Les progrès de l'enfant sont constants grâce au soutien d'ergothérapie et de physiothérapie. La maladie génétique de l'enfant n'est pas évolutive, dans le sens où ni une péjoration de son état de santé, ni d'éventuelles atteintes secondaires, ne sont attendues. Il en va de même pour les lésions cérébrales, dont les symptômes progressent vers une amélioration grâce aux mesures mises en place. Le pronostic de l'affection est plutôt favorable, dans la mesure où une vie partiellement, voire complètement, autonome est tout à fait possible selon la littérature à disposition. Les orthèses tibiales participent également aux mesures de soutien du développement et à l'acquisition de l'autonomie de l'enfant. Les médecins relèvent également que les dépenses engendrées par les thérapies actuelles sont sans aucun doute moindres par rapport au coût d'une absence d'autonomie sociale et professionnelle à l'âge adulte. Dans le rapport de physiothérapie du 28 janvier 2008, il est fait état de ce que l'enfant a bien progressé depuis les derniers six mois, qu'elle aime maintenant bouger et découvrir son environnement, accepte bien les traitements et participe de mieux en mieux. Au niveau orthopédique, une consultation en orthopédie avait été demandée, au vu de l'hypotonie et l'hyper-laxité (positionnement des pieds en valgus des deux côtés avec un effondrement de l'arche interne). Le port de bonnes chaussures, type bottines avec contrefort, ne permettait pas de stabiliser ses pieds/chevilles et on constatait même une aggravation du valgus. Ainsi, des attelles ont été prescrites. Elles sont bien supportées et facilitent grandement la position debout et la marche. En ce qui concerne le comportement, il est relevé que celui-ci est moins labile, que l'enfant accepte les situations plus contraignantes et progresse du coup

régulièrement. Le rapport conclut que l'enfant a beaucoup progressé ces derniers mois, mais qu'elle doit toujours être beaucoup stimulée pour avancer dans ses acquisitions. Elle a cependant un réel potentiel. Dans le rapport du 4 février 2008 du Service du développement et de la croissance des HUG, il est indiqué que, sur le plan du diagnostic génétique, une délétion 9p de novo a été mise en évidence, affection dans laquelle on décrit des enfants hypotones sur le plan moteur et des difficultés d'apprentissage ainsi que des signes dysmorphiques. Il est en outre relevé notamment ce qui suit: « A_____ présente une croissance staturo-pondérale normale pour son âge avec un périmètre crânien à la limite inférieure de la norme. Sur le plan de son développement psychomoteur, on relève des progrès depuis la dernière consultation. A_____ suit cependant son propre rythme d'évolution et garde un décalage considéré comme important à l'échelle de Bayley (âge développemental estimé à 17 mois sur le plan moteur et de 22 mois sur le plan mental). » Dans son avis médical du 28 juillet 2008, le Dr L_____ du SMR déclare ce qui suit : « Enfant au bénéfice du chiffre OIC 395. A l'examen du 04.02.2008, signé par le Dr N_____, indexé au 20.05.2008, nous apprend qu'il n'y a pas d'atteinte neurologique de type OIC 390. L'examen neurologique démontre une relative hypotonie sur un retard de développement simple. Dès lors, les conditions de reconnaissance du chiffre OIC 390 ne sont pas remplies. Il n'est donc pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 390 et de prendre en charge les orthèses. » Le 4 août 2008, l'OCAI informe le père de l'enfant qu'il a l'intention de refuser des mesures médicales pour l'infirmité congénitale selon le chiffre 390 OIC, y compris la physiothérapie, l'ergothérapie et les orthèses tibiales, au motif qu'il n'y a pas d'atteinte neurologique. Lors de son audition en date du 11 août 2008, la mère de l'enfant informe l'OCAI que l'hypotonie est due à une "délétion 9p de novo". De l'avis de l'OCAI cette délétion ne fait pas partie de l'OIC et ne peut ainsi être assimilée à une infirmité congénitale selon le ch. 390 OIC. Le 18 septembre 2008, le Dr Stéphane O_____, médecin adjoint au Service de développement et de la croissance des HUG, informe l'OCAI de ce qui suit : « • Cette enfant présente une lésion cérébrale post-ischémique pré-rolandique droite qui participe au tableau de retard moteur avec une atténuation du tonus global de A_____. Le tableau clinique est suffisamment préoccupant pour que les thérapies actuellement en cours soient poursuivies, d'autant plus que celles-ci profitent au développement de A_____. Une couverture par l'AI nous semble donc nécessaire face à ce cas très particulier, auquel s'ajoute une anomalie chromosomique et une lésion cérébrale, qui nécessitera un suivi neuro-développemental au long cours. Aucun pronostic n'est possible pour l'instant. Par ailleurs, puisque vous n'acceptez pas une prise en charge sous le chiffre 390, en raison de l'absence de troubles neurologiques, nous vous demandons de réévaluer ce cas sous les chiffres 651/655 (hémorragie cérébrale et d'autres lésions vasculaires affectant le système nerveux central + autres affections du cerveau), ainsi que sous le chiffre 649 (troubles de l'intelligence et du développement du langage). » Dans son avis médical du 2 octobre 2008, le Dr L_____ du SMR mentionne ce qui suit : « En date du 19.09.2007, un droit sous 13 LAI OIC 395 a été ouvert. Dès lors, à l'âge de 2 ans, il s'agissait d'évaluer la possibilité d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 390. L'impossibilité d'ouvrir ce droit se fonde sur : Chiffre OIC 390.1.1 : l'exigence de ce chiffre n'est pas remplie comme en atteste la description neurologique réalisée à l'âge de 2 ans et 5 mois (rapport du 04.02.2008, signé par la Dresse N_____). D'autre part, la définition de ce chiffre est basée sur une clinique et non pas sur une définition lésionnelle. Dès lors, l'origine du trouble d'ischémie vasculaire focale pré-rolandique D ne joue guère de rôle. Il est effectivement paradoxal

d'imaginer que cette même lésion, si elle présentait les conditions 390.1.1, serait prise en compte, alors qu'en l'absence de symptômes exigés ce droit n'existe pas. Telle est la loi. Dès lors, il n'est pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 390. Par ailleurs, chez une fillette d'à peine 3 ans, la notion de réadaptation au sens du 12 LAI est relativement difficile à établir, voire discutable. En effet, les éléments de traitement de la maladie en tant que telle, à savoir l'autonomie, la réduction des symptômes, ne visent pas principalement à améliorer la formation ou la réadaptation. Dès lors, il n'est pas possible d'entrer en matière sur le 12 LAI. (...). » Par décision du 24 novembre 2008, l'OCAI confirme son projet de décision précité. Par courrier du 8 janvier 2009, la Dresse P _____, spécialiste en pédiatrie et en génétique médicale, fait savoir au Conseil de l'enfant ce qui suit : « (...), je confirme par la présente que cette fillette remplit tous les critères pour une prise en charge par l'AI au sens de l'art 12 LAI (mesures médicales de réadaptation). A _____ est atteinte d'une anomalie chromosomique avec perte partielle du bras court du chromosome 9 (délétion 9p). Les points marquants de cette anomalie sont le retard d'acquisition du langage et une importante hypotonie qui nécessite, sur une certaine période, l'utilisation de moyens auxiliaires comme des orthèses jambières et une physiothérapie intensive. Le pronostic, tant sur le plan du langage que de l'autonomie, est favorable. Dans cette affection, l'espérance de vie ne semble pas ou peu affectée et la majorité des personnes atteintes sont capables d'avoir une activité dans des ateliers protégés, voire même une vie autonome avec encadrement. En raison de difficultés de motricité fine, surtout liées à une mauvaise coordination visuo-manuelle, une prise en charge précoce en ergothérapie est indiquée pour développer l'habileté dans la réalisation des gestes quotidiens. A _____ suit tout à fait les étapes décrites dans la littérature. Malgré une démarche encore particulière, elle a commencé à marcher sans orthèses peu avant ses 3 ans, elle commence à manger seule et, après une période d'apprentissage du langage avec la méthode Makaton, elle commence à faire des petites phrases. Elle est très sociable et intéressée par les apprentissages. Une prochaine intervention de son strabisme permettra certainement une meilleure coordination de ses gestes. Au vu de l'excellente évolution de A _____ sur ces derniers mois, la prise en charge des mesures médicales de réadaptation par l'AI est pleinement justifiée. » Dans son avis médical du 27 janvier 2009, le Dr L _____ du SMR observe ce qui suit : « Actuellement, la logopédie et tous les traitements relatifs au langage ne sont plus à charge de l'AI. Dès lors, tout traitement y relatif ne peut être pris en charge sous 12 LAI. D'autre part, l'avant-dernier paragraphe du rapport précité nous apprend que les éléments sur lesquels désirent agir les traitements actuellement sont des éléments d'autonomie et permettent de développer l'habileté dans les gestes quotidiens. Finalement, le 12 LAI exige des mesures médicales qu'elles améliorent de manière durable et importante la capacité de gain à l'accomplissement de ces travaux habituels. Or, ce rapport démontre que les mesures médicales visent tout au plus le traitement de l'affection en tant que tel (lutter contre l'hypotonie et lutter contre les effets des troubles dyspraxiques). » Par acte du 29 janvier 2009, l'enfant recourt contre la décision du 18 décembre 2008 de l'OCAI, représentée par sa mère et par l'intermédiaire de son Conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des mesures médicales. Le Conseil reproche à l'intimé de s'être limité à examiner l'octroi d'orthèses tibiales en tant que moyen de traitement, sans avoir examiné la question de la prise en charge en tant que moyen auxiliaire. Il relève en outre que l'enfant a beaucoup progressé, selon le rapport de physiothérapie du 28 janvier 2008. Le rapport d'ergothérapie de janvier 2008 fait par ailleurs état de la globalité de la prise en charge de l'enfant où l'ergothérapie, la

physiothérapie et le SEI participent à un même but de réadaptation. Les objectifs précis ont ainsi pu être définis. Les mesures actuellement prescrites ne traitent pas spécifiquement l'affection de l'enfant (anomalie chromosomique et lésions cérébrales), mais sont nécessaires au soutien développemental de l'enfant en vue d'une intégration scolaire dans un premier temps, puis par la suite du développement d'une vie plus ou moins autonome. Grâce au soutien des ergothérapies et physiothérapies actuellement en cours, les progrès de l'enfant sont constants. Les orthèses tibiales participent aux mesures de soutien au développement et à l'acquisition de son autonomie. Le représentant de l'enfant estime ainsi que les conditions légales pour l'application de l'art. 12 LAI sont remplies. Par ailleurs, la prise en charge de l'ergothérapie et de la physiothérapie n'est pas nécessaire pour une durée indéterminée. La mise en œuvre de ces thérapies suffira à améliorer durablement notamment la motricité fine et la coordination, ce qui aura des effets positifs sur ses progrès en général. La recourante allègue également que les rapports des Drs N_____ et O_____ confirment l'absence d'affections secondaires susceptibles d'y faire obstacle. En outre, la précision, la coordination et la motricité fine en général sont un acquis indispensable pour toute activité professionnelle et pour améliorer les possibilités d'apprentissage dans les autres domaines. Le pronostic est clairement favorable. L'ergothérapie et la physiothérapie sont également des mesures médicales reconnues du point de vue scientifique, elles sont simples et efficaces. La recourante relève enfin que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'amélioration de la capacité de gain par des mesures médicales peut déjà être qualifiée d'importante lorsqu'il est possible de prévoir que l'assurée devenue majeure sera capable, grâce à la mesure préconisée, de gagner mensuellement quelques centaines de francs, même en travaillant dans un atelier protégé. Le 24 février 2009, le Dr L_____ se détermine sur le recours et les rapports de physiothérapie et d'ergothérapie produits avec celui-ci. Concernant le rapport du 28 janvier 2008, il relève que l'enfant n'était pas autonome pour la marche à l'âge de 3 ans et qu'elle fait quelques déplacements latéraux (crusing). Les réflexes de protection latéraux sont présents mais faibles (ils apparaissent normalement vers 9-10 mois). La physiothérapie a pour but de lutter contre l'hyper-laxité ligamentaire et ses conséquences, en particulier sur la statique en position verticale. Selon le Dr L_____, il s'agit avant tout du traitement de l'affection en tant que telle, soit du déficit induit par l'état de développement, et il n'y a aucun élément qui parle de séquelles stables. S'agissant du rapport d'ergothérapie de janvier 2008, il relève que les objectifs du traitement sont de travailler les changements posturaux et la manipulation, ainsi que de développer diverses actions. Concernant les progrès accomplis par l'enfant, le Dr L_____ estime que ceux-ci sont à attribuer à une évolution naturelle du développement de l'enfant, mais qu'il n'y a aucune évidence que les mesures médicales incriminées aient un impact quelconque sur ce phénomène. Ce médecin soutient par ailleurs que les traitements ont en l'espèce pour but non pas de lutter contre les séquelles stables d'une affection mais de compenser un déficit de retard du développement propre à l'affection chromosomique et les lésions cérébrales. Il ne faut pas confondre séquelles et symptômes, comme le fait la recourante. Or, il s'agit en l'occurrence d'un traitement des symptômes de l'affection conjuguée que représentent l'atteinte cérébrale centrale et le déficit chromosomique. Par écritures du 2 mars 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant à l'avis médical précité du Dr L_____. Par réplique du 18 mai 2009, le conseil de l'enfant persiste dans ses conclusions. Il fait valoir que l'assurance-invalidité doit également prendre en charge des mesures médicales de réadaptation alors même qu'il n'existe pas encore un état stabilisé, ou relativement stabilisé,

lorsqu'on peut s'attendre, comme en l'espèce, avec une certitude suffisante à ce que les mesures préconisées permettent d'éviter la menace ultérieure de graves séquelles stabilisées, difficilement corrigibles et d'influencer d'une manière importante la capacité de gain ou la formation professionnelle. A l'appui de ses écritures, le conseil de l'enfant annexe le rapport du 28 avril 2009 du Dr O_____. Enfin, il se prévaut de ce que l'enfant présente également une atteinte ischémique pré-rolandique droite pouvant répondre à la définition de "paralysies cérébrales congénitales" au sens de l'art. 390 OIC, comme indiqué dans le rapport du 5 (recte 30) octobre 2007 et confirmé par le Dr M_____ par son courrier du 30 avril 2009 annexé au recours. Selon le rapport du Dr O_____ du 28 avril 2009 précité, il n'existe aucune séquelle stable d'une affection cérébrale chez le petit enfant. En effet, le développement cérébral est en cours, la symptomatologie change et évolue (avec ce même développement), pour aboutir à des séquelles définitives, en général au moment de l'adolescence. Selon ce médecin, "La mise en place de thérapies précoces participent sans aucun doute à minimiser ces séquelles". Ainsi, ces mesures servent au traitement précoce des symptômes liés aux troubles du développement qui, sans intervention, constitueraient des séquelles plus ou moins importantes d'ici quelques années. Les médecins cherchent ainsi à réduire d'éventuelles séquelles, dans un but de prévention. Dans son courrier du 30 avril 2009 produit avec la réplique, le Dr M_____ confirme que l'enfant présente un syndrome chromosomique ainsi qu'une atteinte ischémique pré-rolandique droite qui pourrait être en lien avec le ch. 309 OIC. Dans un avis médical du 16 juin 2009, le Dr L_____ du SMR constate que le rapport du Dr O_____ n'apporte aucun élément permettant de faire la différence entre le déficit de développement et les séquelles de l'affection en tant que telles. Selon le Dr L_____, le Dr O_____ mélange symptomatologie évolutive et séquelles définitives. Il persiste à considérer que les mesures médicales ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité, aux termes de la loi. Par duplique du 29 juin 2009, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il fait valoir que le retard du développement est le signe de la maladie en tant que telle et non pas de ses conséquences. L'atteinte chromosomique représente une affection complexe, mais évolutive, ce qui est confirmé par le Dr O_____, lequel admet qu'il n'existe aucune séquelle stable d'une affection cérébrale chez le petit enfant. Selon l'intimé, l'évolution de la symptomatologie fait partie de la maladie en tant que telle et c'est cette symptomatologie qui est la cible du traitement dont la prise en charge est demandée. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte-tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 1 er janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA). Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'enfant peut bénéficier, à la charge de l'assurance-invalidité, de mesures médicales sous forme d'orthèses, de physio- et d'ergothérapie, après l'âge de deux ans révolus. Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Aux termes de l'al. 2 de cette disposition, le Conseil fédéral établira une liste des infirmités, pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes. Pendant les

premières années de vie de l'enfant, l'intimé lui a octroyé des mesures médicales sur la base du ch. 395 de l'annexe à l'OIC, soit pour des légers troubles moteurs cérébraux. Aux termes de ce chiffre, les mesures médicales sont prises en charge par l'assurance-invalidité jusqu'à l'accomplissement de la deuxième année de vie. S'est ensuite posée la question de savoir si les mesures médicales pouvaient continuer à être accordées à l'enfant sur la base du ch. 390 de l'annexe à l'OIC, soit pour des paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques [dystoniques et choréo-athétosiques] ataxiques). Tel est l'avis de la Dresse N_____, comme elle l'a exprimé dans son rapport du 30 octobre 2007, avis qui est confirmé par le Dr M_____, dans son courrier du 30 avril 2009 adressé au conseil de la recourante. Dans un premier temps, le Dr L_____ du SMR a admis que l'enfant présentait un certain nombre d'éléments compatibles avec une infirmité motrice, tels que le shuffling et l'hémi-négligence gauche, et que le retard moteur pouvait être partiellement responsable de la situation, de sorte que les conditions du ch. 390 de l'annexe à l'OIC étaient réalisées (cf. son avis du 19 septembre 2007). Toutefois, suite au rapport du 4 février 2008 du Service du développement et de la croissance des HUG, il a changé d'avis. Selon l'avis médical du 28 juillet 2008 du Dr L_____, il ressort de ce rapport qu'il n'y a pas d'atteinte neurologique selon le ch. 390 OIC et que l'examen neurologique a démontré une relative hypotonie sur un retard de développement simple. Dans son avis médical du 28 juillet 2008, le Dr L_____ a par ailleurs considéré que l'examen des conditions d'une atteinte selon le ch. 390 n'était fondé que "sur une clinique et non pas sur une définition lésionnelle" et que le trouble d'ischémie pré-rolandique ne jouait guère de rôle dans la symptomatologie. Toutefois, dans le rapport du 4 février 2008, qui a fait changer d'avis le Dr L_____, il est uniquement fait état d'un nouveau diagnostic, à savoir de la délétion chromosomique. Ce rapport reprend par ailleurs les diagnostics précédemment émis, soit la lésion post ischémique focale pré-rolandique droite et le retard du développement psychomoteur. Le Tribunal de céans constate ainsi qu'une lésion cérébrale a été clairement diagnostiquée par les médecins de l'enfant et que cette atteinte peut être tout à fait responsable d'une ataxie, tel que cela est attesté par la Dresse N_____ dans son rapport du 30 octobre 2007 et confirmé par le Dr M_____. Par ailleurs, le médecin du SMR l'a également admis dans son avis du 19 septembre 2007. Le fait qu'un autre diagnostic, à savoir la délétion chromosomique, s'est greffé sur celui de la lésion cérébrale n'y change rien, même si les troubles ne sont alors que partiellement à attribuer à cette lésion. Il paraît toutefois vraisemblable qu'ils ont été aggravés par cette atteinte. Cela étant, il a lieu de considérer que l'intimé a nié à tort qu'une infirmité congénitale selon le ch. 390 de l'annexe à l'OIC existe. Par conséquent, il convient de mettre l'enfant au bénéfice des mesures médicales requises. En ce qui concerne plus particulièrement les orthèses, ceux-ci constituent un moyen auxiliaire. En vertu de l'art. 21 al. 1 er LAI, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. Les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation. L'art. 21 al. 2 LAI prévoit que l'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires. Selon l'art. 21 al. 3 LAI, l'assurance prend à sa charge les moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat et les remet en toute propriété ou en prêt

ou les rembourse à forfait. L'assuré supporte les frais supplémentaires d'un autre modèle. L'assuré à qui un moyen auxiliaire a été alloué en remplacement d'objets qu'il aurait dû acquérir même s'il n'était pas invalide peut être tenu de participer aux frais. A l'art. 14 RAI, le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur la compétence de dresser la liste des moyens auxiliaires et d'édicter des prescriptions complémentaires au sens de l'art. 21 al. 4 LAI. Ce département a édicté l'ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI) avec en annexe la liste des moyens auxiliaires. En vertu de l'art. 2 OMAI, ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste en annexe, les assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (al. 1 er) ; l'assuré n'a droit aux moyens auxiliaires désignés dans cette liste par un astérisque (*) que s'il en a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle ou encore pour exercer l'activité nommément désignée au chiffre correspondant de l'annexe (al. 2). La liste contenue dans l'annexe à OMAI est exhaustive dans la mesure où elle énumère les catégories de moyens auxiliaires entrant en ligne de compte. En revanche, il faut examiner pour chaque catégorie si l'énumération des divers moyens auxiliaires faisant partie de cette catégorie est également exhaustive ou simplement indicative (ATF 121 V 260 consid. 2b et les références). Au chiffre 2.01 de l'annexe à l'OMAI est prévu le remboursement d'orthèses des jambes. En l'espèce, il est relevé, dans le rapport de physiothérapie du 28 janvier 2008, que les orthèses facilitent grandement la station debout et la marche. Le port de bonnes chaussures n'avait pas permis de stabiliser les pieds et il y avait une aggravation du valgus. Il convient ainsi de considérer que l'enfant avait besoin des orthèses pour se déplacer. Par conséquent, les conditions légales pour l'octroi de ce moyen auxiliaire sont également remplies. Partant, le recours sera admis et la décision de refus de mesures médicales et du moyen d'auxiliaire des orthèses sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera octroyée à titre de dépens. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 18 décembre 2008. Met l'enfant au bénéfice de mesures médicales sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie ainsi que d'orthèses. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le