

GE_GERICHTE A/4793/2017 vom 11. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4793_2017

FR: GE_GERICHTE A/4793/2017 du 11 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/4793/2017 del 11 settembre 2018

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause A_____, enfant mineur, soit pour lui sa mère, Madame B_____, domiciliée à VERSOIX recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 2004 à Genève, a déposé, par l'intermédiaire de sa mère, une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures médicales, le 12 juillet 2013. Il a indiqué souffrir de difficultés d'apprentissage et d'une tendance à s'enfermer dans son monde. Il était suivi depuis novembre 2011 par Madame C_____, psychologue-spécialiste en psychothérapie FSP, pour une psychothérapie et auparavant, de septembre à novembre 2011, par l'office médico-pédagogique (ci-après : OMP) pour une évaluation psychologique. 2. Dans un rapport du 9 décembre 2014, la doctoresse D_____, cheffe de clinique à l'OMP, a diagnostiqué des autres troubles envahissants du développement (F 84.8) en précisant que le diagnostic avait été posé la première fois en septembre 2011. L'état de santé n'avait pas d'influence sur la fréquentation de l'école ou la formation professionnelle. L'assuré présentait l'infirmité congénitale 406 selon l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 (OIC - RS 831.232.21). Il était suivi par l'OMP depuis le 5 septembre 2011. Il avait besoin d'une psychothérapie individuelle à raison de deux séances hebdomadaires. Jusqu'à l'âge de trois ans, il ne dormait pas et se réveillait cinq à sept fois par nuit. Il avait commencé à parler tard vers l'âge de trois ans et demi. Il avait fréquenté la crèche quatre fois par semaine, toute la journée, et au début, il avait présenté des difficultés de séparation. La démarche de consultation avait été initiée par la mère suite à une année scolaire très difficile avec « crises de nerf » lors des devoirs. Depuis deux ans, l'école relevait des difficultés d'apprentissage et de mémorisation. Les plaintes consistaient en d'importantes difficultés scolaires, tendance à s'enfermer dans son monde, mouvements répétitifs stéréotypés et tics anxieux. Le status clinique en 2011 situait l'assuré dans un registre de personnalité à dominance psychotique, qui motivait une prise en charge psychothérapeutique intensive rapide, d'autant plus que sa phobie scolaire semblait prendre de l'ampleur. Il était très méfiant, tenant l'autre à distance et livrait peu de son monde interne que l'on pouvait imaginer effrayant. Face à ses angoisses primitives de mort, d'anéantissement et de persécution, il semblait se défendre par des mécanismes de clivage, de déni, de projection et d'omnipotence. Selon le questionnaire en cas de psychothérapie, celle-ci avait pour but de soutenir la scolarité en élaborant les angoisses liées aux apprentissages et en travaillant autour des difficultés de concentration, de la faible estime de soi et ainsi permettre une meilleure insertion socio-professionnelle dans le futur. Le pronostic était bon si la psychothérapie instaurée à raison de deux séances hebdomadaires pouvait continuer et dont la durée prévisible était de deux ans, à réévaluer. 3. Par courrier du 22 avril 2015, l'office de

l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a demandé à la Dresse D_____ de décrire avec précision les éléments présents avant l'âge de cinq ans révolus.![endif]>![if> 4. Dans son rapport du 27 avril 2016, la Dresse D_____ a précisé, s'agissant du développement psychomoteur de l'assuré avant cinq ans, que les parents de celui-ci avaient relevé un sommeil difficile avec des réveils nocturnes à répétition (toutes les deux-trois heures) jusqu'à l'âge de trois ans et une apparition de la parole très tardive, sans tentative de communiquer autrement auparavant. Ces problèmes qui leur apparaissaient difficiles ou étranges n'avaient pas motivé à l'époque de consultation chez un spécialiste. L'intégration de l'assuré à la crèche avait été très difficile avec d'importants problèmes de séparation et un comportement alternant crises et conduites de retrait. L'assuré était décrit par la crèche comme un enfant solitaire, en retrait, se cachant dans les buissons et ne sachant pas communiquer ou interagir avec les autres. Il privilégiait les relations exclusives et supportait très mal les changements. Toute variation même minime de ses habitudes et rituels provoquait chez lui de fortes angoisses qui se traduisaient par des crises ou un retrait accompagné de mouvements stéréotypés des mains ou du haut du corps. Le nourrissage était difficile depuis sa naissance avec une intolérance au changement de menu et à l'introduction de nouveaux aliments. Avant l'entrée à l'école, ses parents s'étaient déjà inquiétés de son manque d'intérêt, de son besoin de rituels, de ses mouvements répétitifs et stéréotypiques avec une tendance à s'enfermer dans son monde et dans ses préoccupations souvent macabres. À son entrée en première primaire, à l'âge de quatre ans et demi, ses difficultés l'entraînaient dans l'acquisition de nouvelles connaissances et il avait des problèmes d'apprentissage et de mémorisation. Dès la deuxième enfantine (cinq ans et demi), ses parents avaient consulté une logopédiste, qui avait diagnostiqué un retard du langage ayant nécessité un traitement pendant plusieurs années. En résumé, dès un âge précoce, l'assuré avait présenté des difficultés relationnelles majeures, des problèmes de communication, des intérêts restreints ainsi que des stéréotypies qui correspondaient à un diagnostic de trouble du spectre autistique (ci-après : TSA).![endif]>![if> 5. Sur demande de l'OAI, l'OMP lui a transmis un rapport établi le 19 février 2010 par Madame E_____, logopédiste, consécutif à son évaluation du 1 er février 2010. Le pédiatre était le docteur F_____. Le diagnostic retenu était celui de troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (F 80). En communication spontanée, l'assuré ne se montrait pas très loquace lors des premiers entretiens. Il était par contre très demandeur de récits, d'histoires et de livres. Ceux-ci l'attiraient plus que les jeux. Il ne semblait pas à l'écoute des échanges avec sa mère. Il présentait un retard de parole et de langage.![endif]>![if> 6. Dans un avis du 7 juillet 2016, le docteur G_____, pédiatre FMH et médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que l'assuré avait bien bénéficié d'une prise en charge logopédique dès l'âge de cinq ans et neuf mois, mais qu'il n'y avait pas de preuve que des symptômes manifestes étaient présents avant la fin de la cinquième année de vie. Par conséquent, les conditions pour une prise en charge du suivi psychiatrique sous couvert du chiffre OIC 406 n'étaient pas remplies.![endif]>![if> 7. Par projet de décision du 18 juillet 2016, l'OAI a refusé l'octroi de mesures médicales pour l'infirmité congénitale 406 ainsi que pour le suivi médical, le traitement médicamenteux et le traitement de psychothérapie. Bien qu'il s'agît d'une affection congénitale, son traitement ne lui incombait pas dès lors que les symptômes n'étaient pas manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année.![endif]>![if> 8. Par courrier du 5 août 2016, l'assuré a fait part de ses objections. Ses problèmes s'étaient manifestés dès la naissance par des crises

d'hystérie et une acquisition tardive du langage. Cette situation avait été signalée au Dr H_____ qui n'avait pas identifié le problème et avait estimé que ce comportement était dû à des otites chroniques. Ce n'était qu'au moment où il avait acquis le langage, puis avec la scolarité, que son état avait paru évident à sa mère. Inquiets de son comportement, ses parents avaient consulté au fil des années de nombreux spécialistes. Ces derniers n'avaient pas pu diagnostiquer son état en raison de la complexité de ce genre de pathologie. Finalement, le diagnostic avait été posé par la Dre D_____, qui l'avait mis sous traitement neuroleptique. La pose tardive du diagnostic était due à la difficulté pour les spécialistes d'identifier le mal dont il était atteint. 9. Le 29 août 2016, la caisse-maladie a renoncé à se prononcer sur le projet de décision au vu des éléments au dossier. 10. Dans un rapport du 19 septembre 2016, reçu par l'OAI le 18 novembre 2016, la doctoresse I_____, pédiatre et neuropédiatre FMH, a précisé qu'elle avait examiné l'assuré pour la première fois à l'âge de sept ans, mais que l'anamnèse révélait des symptômes en faveur d'un trouble envahissant du développement (ci-après : TED) présents bien avant l'âge de cinq ans. La consultation à son cabinet avait été motivée par la possibilité d'un déficit attentionnel surajouté au TED. 11. Dans un rapport du 20 décembre 2016, reçu par l'OAI le 21 février 2017, Madame C_____ a indiqué avoir instauré une psychothérapie individuelle, fin novembre 2011, à la demande de la mère de l'assuré sur le conseil de l'OMP et de l'école. À cette époque, âgé de sept ans et demi, l'assuré était confronté à de grandes difficultés scolaires. En plus d'un retard dans les apprentissages, il refusait d'appréhender tout élément nouveau et développait des crises de hurlements et de pleurs lorsqu'il était trop sollicité ou déstabilisé. Il n'avait pas de relations avec les autres enfants. Il restait dans son monde à se raconter des histoires avec des « scénarios catastrophiques limite délirants ». Il présentait des tics anxieux, des stéréotypies avec parfois des mouvements de balancement du corps lors de trop grande anxiété, ainsi que de grosses difficultés à dormir. Son monde imaginaire était peuplé de scénarios de mort, guerre et destruction qui souvent envahissaient ses pensées et provoquaient de fortes angoisses. Parfois, il confondait ses fantasmes et la réalité. Il se montrait alors très persécuté et méfiant avec alternance entre toute-puissance et retrait relationnel. Selon l'anamnèse individuelle, l'assuré avait eu très jeune des difficultés évoquant un TSA. Malheureusement, ce trouble n'avait pas été diagnostiqué avant sept ans bien que sa mère ait confié au pédiatre d'alors ses inquiétudes quant au comportement autistique de son fils. Au vu du tableau clinique très inquiétant que présentait l'assuré, en novembre 2011, avec angoisses catastrophiques, retrait, intolérance au changement, sentiment de persécution, mouvements stéréotypiques et intérêts restreints, il ne faisait aucun doute qu'il souffrait depuis un âge précoce, soit avant cinq ans, d'un trouble psychique important tel qu'un TED. 12. Dans un avis du 13 mars 2017, la doctoresse J_____, médecin du SMR et pédopsychiatre FMH, a relevé que les rapports médicaux des 18 novembre 2016 et 21 février 2017 confirmaient que le diagnostic avait été posé à l'âge de sept ans. Les médecins concluaient que les symptômes étaient déjà présents avant l'âge de cinq ans, mais aucun desdits médecins n'avait vu l'assuré avant cet âge. Pour pouvoir statuer sur des faits nouveaux, il appartenait aux parents de réclamer un rapport aux médecins ayant suivi l'assuré avant l'âge de cinq ans. 13. Par courrier du 16 mars 2017, l'OAI a transmis les conclusions du SMR aux parents de l'assuré. 14. Dans un rapport du 21 septembre 2017, reçu par l'OAI le 2 octobre 2017, le Dr F_____ a précisé qu'il avait suivi l'assuré de façon très ponctuelle de sa naissance jusqu'avant l'âge de cinq ans. Lors de ses consultations, il avait pu observer chez cet enfant de langue maternelle

russe un retard du langage ayant motivé une prise en charge logopédique à cinq ans et demi, des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation et une tendance à un comportement de retrait. A posteriori, ces différents symptômes pourraient être interprétés comme l'expression précoce d'un TED.![endif]>![if> 15. Dans un nouvel avis du 16 octobre 2017, la Dresse J_____ a observé que le rapport du Dr F_____ était très sommaire. Les symptômes décrits étaient peu spécifiques et ne permettaient pas d'objectiver, avant l'âge de cinq ans, des symptômes clairs d'un TED.![endif]>![if> 16. Par décision du 10 novembre 2017, pour les motifs indiqués par le SMR, l'OAI a confirmé le refus de prise en charge de l'infirmité congénitale 406.![endif]>![if> 17. Par acte du 4 décembre 2017, l'assuré, représenté par sa mère, a recouru contre ladite décision. Il a conclu implicitement à la prise en charge par l'intimé de son autisme, respectivement de la psychothérapie prescrite. Il a répété les arguments mentionnés dans son courrier du 5 août 2016. Il a précisé que l'autisme n'était pas une maladie bien définie mais recouvrait une multitude de troubles. Le Dr F_____ avait estimé que les crises d'hystérie et l'acquisition tardive du langage étaient imputables à des otites chroniques et à son bilinguisme. Le fait qu'il n'ait pas su déceler le problème tout de suite le privait des mesures médicales auxquelles il avait droit. Au début de sa scolarité, l'école avait signalé à ses parents qu'il formulait des idées macabres et suicidaires et les avait convoqués à plusieurs reprises à ce sujet. Le diagnostic du Dr H_____ ne correspondait pas à la réalité et il était clair qu'il ne pouvait pas suivre une scolarité normale. La Dresse D_____ avait finalement posé le diagnostic de syndrome d'Asperger. Les personnes atteintes de cette forme d'autisme pouvaient passer pour différentes durant l'enfance et n'être diagnostiquées qu'à l'âge adulte. L'autisme résultait d'anomalies de développement du système nerveux central et les derniers résultats des recherches faites avec de nouvelles techniques d'exploration du cerveau suggéraient fortement que ces anomalies apparaissaient au cours du développement fœtal, soit bien avant la naissance. Il était injuste qu'un défaut de diagnostic avant l'âge de cinq ans le privât de son droit à la prise en charge d'un soutien psychologique et médical dont il ne saurait se passer.![endif]>![if> 18. Dans son écriture complémentaire du 7 décembre 2017, la mère du recourant a précisé quelle était en instance de divorce et qu'elle assumait seule la totalité des frais médicaux et de soutien de son fils. Ses difficultés financières actuelles l'avaient contrainte à arrêter les séances de psychothérapie du recourant. Elle a produit diverses pièces, notamment les relevés des frais de psychothérapie, ainsi qu'un certificat médical du 15 février 2017 dans lequel la Dresse D_____ a diagnostiqué un TSA, de type Asperger. Selon celle-ci, le recourant pouvait présenter des difficultés dans la généralisation des concepts et se bloquer sur des détails d'énoncé qu'il ne comprenait pas. Ces blocages l'empêchaient d'exprimer toutes ses compétences.![endif]>![if> 19. Dans sa réponse du 18 décembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que le chiffre 406 OIC correspondait aux psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes avaient été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. Chez le recourant, le traitement spécifique concernant cette atteinte n'avait débuté qu'à l'âge de sept ans, soit au moment où le diagnostic avait été posé. Pour la période antérieure, le pédiatre n'avait décrit que des symptômes peu spécifiques qui ne permettaient pas d'objectiver, avant l'âge de cinq ans, des symptômes clairs d'un TED.![endif]>![if> 20. Dans sa réplique du 6 février 2018, le recourant a contesté que les symptômes de ses psychoses n'auraient pas été manifestes avant l'âge de cinq ans au regard du rapport du Dr F_____ du 21 septembre 2017, qui établissait clairement la présence, avant cet âge, des symptômes d'un TED. Il était souvent difficile chez un jeune enfant de distinguer un syndrome de

retrait symptomatique d'une dépression ou de carences, de signes cliniques d'autisme ou de TED. La pose du diagnostic nécessitait une démarche clinique extrêmement rigoureuse et prudente, ainsi qu'une coopération entre pédiatres et psychiatres. Même si l'association des troubles constatés par le Dr F_____ ne lui avait pas permis de poser un diagnostic catégorique, elle aurait dû l'alerter et l'inciter à en référer à un pédopsychiatre. Sur la base des mêmes symptômes, la Dresse D_____ n'avait pas eu de peine à poser un diagnostic. Même si le traitement spécifique avait débuté tardivement, puisque le diagnostic n'avait été posé qu'après sa cinquième année, la condition du droit aux prestations n'était pas l'identification de la maladie, mais la manifestation des symptômes avant l'âge de cinq ans. En l'occurrence, les symptômes étaient présents chez lui depuis sa naissance, de sorte qu'ils étaient manifestes avant l'accomplissement de sa cinquième année. Le recourant a persisté dans ses précédentes conclusions.!

21. Le 8 février 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé, ensuite de quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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), 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. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Est litigieux le droit du recourant à une mesure médicale de l'assurance-invalidité, plus particulièrement la question de savoir s'il présente l'infirmité congénitale n° 406 de l'OIC.

5. a. En vertu de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établit une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il peut exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'OIC.

Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. D'après l'OIC, sont réputées infirmités congénitales les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant. La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al. 1). Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3). Le chiffre 406 de l'annexe à l'OIC (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2010) qualifie d'infirmité congénitale les psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. b. Selon la circulaire sur les mesures médicales

de réadaptation de l'AI établie par l'office fédéral des assurances sociales dans sa version valable à partir du 1^{er} juin 2017 (CMRM), en cas de TSA, des mesures médicales sont octroyées quand les symptômes nécessitant un traitement se sont manifestés avant l'accomplissement de la cinquième année. Les symptômes ne peuvent pas être reconnus après coup comme « présents avant la cinquième année » s'il n'est pas prouvé qu'ils existaient avant cet âge (arrêt du Tribunal fédéral 9C_682/2012 du 1^{er} mai 2013).

L'autisme doit être clairement distingué des psychoses infantiles. Cette pathologie a ainsi un statut à part parmi les troubles envahissants du développement. On ne reconnaîtra simultanément des IC 403 et/ou 404 et 405 et 406 qu'à titre exceptionnel, moyennant une justification dûment fondée par un spécialiste (pédopsychiatre ; ch. 405). En cas de psychoses primaires du jeune enfant, des mesures médicales sont octroyées quand les symptômes se sont manifestés avant l'accomplissement de la cinquième année. Les symptômes ne peuvent pas être reconnus après coup comme « présents avant la cinquième année » s'il n'est pas prouvé qu'ils existaient avant cet âge (ch. 406).

c. D'après la jurisprudence, il faut faire la distinction entre le TSA prénatal ou périnatal et les troubles similaires acquis après la naissance. Plus le diagnostic est posé tardivement, plus la différenciation devient difficile. Cependant, il est caractéristique des troubles du développement que les anomalies ne conduisent pas immédiatement à un diagnostic. Souvent, un TSA est d'abord un diagnostic différentiel qui ne peut être confirmé qu'après une certaine période d'observation. En particulier dans les formes légères de l'autisme de la petite enfance, le trouble du développement ne se manifeste parfois que lorsque l'enfant n'est pas en mesure de faire face à certaines exigences sociales (par exemple l'école) (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_682/2012 du 1^{er} mai 2013 consid 3.1). C'est pour cela que le chiffre 405 de l'annexe OIC fixe d'une part une limite d'âge relativement basse à cinq ans pour la qualification d'un TSA en tant que trouble congénital, mais exige d'autre part seulement que le trouble soit devenu « reconnaissable » jusqu'à cet âge (arrêt du Tribunal fédéral 9C_693/2013 du 21 mars 2014 consid. 2.1). Selon la conception de l'OIC, notamment en comparaison avec le chiffre 404 de son annexe, il n'est pas nécessaire que les symptômes du trouble cité au chiffre 405 de l'annexe de l'OIC présents avant l'accomplissement de la cinquième année aient été si développés qu'il aurait été possible déjà à ce moment-là de poser le diagnostic définitif. Le chiffre 405 de l'annexe de l'OIC vise à garantir que le trouble diagnostiqué par la suite est identique à celui existant à l'âge de cinq ans. Il y a suffisamment de certitude que le trouble remonte à la naissance si les symptômes typiques de l'autisme ont été constatés avant le cinquième anniversaire. Sur cette base, il doit avoir été établi, d'une part, qu'il existait un trouble au sens médical (diagnostic différentiel non encore déterminable définitivement) ; d'autre part, les symptômes de l'époque doivent être pris en compte dans le diagnostic définitif ultérieur (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_693/2013, op. cit., consid. 2.3). Des rapports médicaux ultérieurs peuvent être déterminants pour la reconnaissance en temps utile des TSA, pour autant qu'ils se rapportent à des constatations faites avant le cinquième anniversaire de l'assuré, confirment ces dernières et les précisent en termes de diagnostic (arrêt du Tribunal fédéral 9C_138/2017 du 20 juillet 2017 consid. 2.2). Ces constatations ne sont toutefois significatives que si les symptômes retenus à l'époque avaient déjà été perçus comme l'expression d'un trouble du développement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_693/2013, op. cit., consid. 2.4).

6. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

!> Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'un TED ou TSA (dénomination utilisée à partir de la 5^{ème} édition de 2013 du Manuel diagnostique et statistique de l'association américaine de psychiatrie ; DSM-5) diagnostiqué en septembre 2011 et plus spécifiquement d'un syndrome d'Asperger, soit alors que le recourant était âgé de sept ans et demi. En revanche, les parties s'opposent quant à la question de savoir si les symptômes étaient manifestes avant l'âge de cinq ans révolus, soit avant le 27 avril 2009.

b. Les symptômes cliniques du syndrome d'Asperger – outre les troubles du domaine de la motricité –, comportent au premier plan des limitations de la capacité relationnelle et de l'interaction sociale (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 302/05, op. cit., consid. 2.2.2). Il est déterminant qu'il existe un trouble au sens médical

documenté au moins par les symptômes typiques de l'autisme. On ne peut pas conclure à la présence de tels symptômes avant l'accomplissement de la cinquième année uniquement sur la base de renseignements anamnestiques donnés par les parents (arrêt du Tribunal fédéral 9C_682/2012, op. cit., consid. 3.3.3 in fine ; ATAS/619/2018 du 29 juin 2018 consid.6).

Selon la CIM-10, le TSA englobe un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations (F 84). Le syndrome d'Asperger est un trouble de validité nosologique incertaine, caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celle observée dans l'autisme, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou du développement cognitif (F 84.5).

c. Le premier rapport médical relatant les troubles du recourant est celui établi par la logopédiste en date du 19 février 2010 relatif à son examen du 1^{er} février 2010. Ledit rapport mentionne un retard de parole ainsi que de langage et constate que le recourant ne semble pas à l'écoute des échanges entre sa mère et la logopédiste. Toutefois, il est postérieur à la date du cinquième anniversaire du recourant et ne se base pas sur des constatations médicales faites avant celui-ci. Par conséquent, il ne permet pas d'établir que le recourant présentait des symptômes typiques d'un TSA avant son cinquième anniversaire. Le premier rapport médical constatant chez le recourant la présence des symptômes typiques d'un TSA est celui de la Dresse D_____, établi le 9 décembre 2014, qui pose pour la première fois en septembre 2011, le diagnostic de TSA, soit bien après le cinquième anniversaire du recourant. De plus, il ne mentionne pas de symptômes typiques d'un TSA avant l'âge de cinq ans révolus. Pour sa part, dans son rapport du 20 décembre 2016, la psychologue a constaté, lors de son entretien de fin novembre 2011, des angoisses catastrophiques, un retrait, une intolérance au changement, un sentiment de persécution, des mouvements stéréotypiques et des intérêts restreints. Au vu de ce tableau clinique inquiétant, elle considère que le recourant souffre sans aucun doute depuis un âge précoce, soit avant cinq ans, d'un trouble psychique important tel qu'un TSA. Toutefois, selon la jurisprudence et les chiffres 405 et 406 de la CMRM (cf. consid. 4b et 4c), les rapports médicaux ultérieurs ne peuvent permettre d'admettre l'existence d'un TSA avant le cinquième anniversaire que s'ils se réfèrent à des constatations médicales faites avant ledit anniversaire. Or, en réalité, la psychologue établit a posteriori que les symptômes constatés à fin novembre 2011 existaient avant le 27 avril 2009, sans se baser sur des constatations médicales antérieures à mai 2009. Par conséquent, son rapport ne permet pas d'établir que le TSA était médicalement reconnaissable avant le cinquième anniversaire du recourant. Il en va de même du rapport de la Dresse K_____, pour les mêmes raisons. Quant au rapport de la Dresse D_____ du 27 avril 2016, il décrit le développement psychomoteur du recourant avant l'âge de cinq ans sur la base des renseignements anamnestiques donnés par les parents, ce qui, selon la jurisprudence mentionnée ci-dessus, ne permet pas de conclure à la présence de symptômes typiques de l'autisme avant l'accomplissement de la cinquième année.

d. Le seul rapport se référant à des constatations médicales antérieures au cinquième anniversaire du recourant est celui du Dr F_____, qui était le pédiatre de celui-ci à cette époque. Dans son rapport du 21 septembre 2017, au titre des symptômes constatés, il mentionne un retard du langage, des troubles du sommeil et de l'alimentation, ainsi qu'une tendance à un comportement de retrait. Ainsi que le fait remarquer la Dresse

J_____ dans son avis du 16 octobre 2017, les symptômes décrits par le Dr F_____ sont peu spécifiques du TSA. En effet selon la CIM-10 (F 84), les symptômes typiques sont des troubles de la communication et des interactions sociales, des comportements répétitifs anormaux, ainsi que des intérêts restreints. En l'occurrence, chez le recourant, le retard du langage est un symptôme du TSA mais pour être caractéristique de celui-ci, il doit être également accompagné de troubles des interactions sociales. À ce sujet, le Dr F_____ a constaté une tendance à un comportement de retrait. Toutefois, une tendance ne peut pas être qualifiée de trouble. Quant aux troubles du sommeil et de l'alimentation, ils sont des caractéristiques connexes au TSA, mais ne sont pas spécifiques de celui-ci. Enfin, le Dr F_____ n'a pas constaté des comportements répétitifs anormaux et des intérêts restreints.

e. Par conséquent, il n'est pas établi qu'avant l'âge de cinq ans révolus, le recourant présentait les symptômes manifestes du TSA, étant rappelé que les renseignements anamnestiques donnés par la mère du recourant ne permettent pas d'établir l'existence de tels symptômes. Par ailleurs, même si le Dr F_____ considère a posteriori que ces différents symptômes pourraient être interprétés comme l'expression précoce d'un TED, une telle évaluation ne permet d'admettre qu'ils existaient avant l'âge de cinq ans révolus, conformément à la jurisprudence citée ci-dessus (consid. 5b). Contrairement à ce que soutient le recourant, le trouble dont il souffre n'existe pas forcément dès la naissance puisque, s'agissant du syndrome d'Asperger, il faut distinguer les troubles autistiques des syndromes similaires acquis. Bien que la médecine suppose une étiologie génétique, elle laisse ouverte dans quelle mesure une disposition est seulement héritée et dans quelle mesure le trouble ne devient manifeste que lorsque d'autres facteurs viennent se surajouter (arrêt du Tribunal fédéral 9C_244/2012 du 25 avril 2012 consid 2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 302/05 du 31 octobre 2005 consid. 1.2). Cependant, la caractéristique la plus importante du syndrome d'Asperger, à savoir le trouble des capacités relationnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 302/05, op. cit., consid. 2.2.2 avec référence), ne commence généralement pas aussi tôt que dans l'autisme de la petite enfance ; de plus, il n'atteint pas le même degré de gravité. Le développement social de ces enfants ne devient donc problématique qu'à l'âge scolaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_269/2010 du 12 août 2010 consid. 5.1.3). D'autres troubles du développement, tels que le trouble déficitaire de l'attention, peuvent également conduire à des symptômes comparables, rendant encore plus difficile de diagnostiquer un syndrome d'Asperger (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_682/2012, op. cit., consid.3.1). Même si l'exigence de l'existence de symptômes manifestes du TSA avant l'âge de cinq ans révolus puisse sembler sévère, dans les divers arrêts que le Tribunal a été amené à rendre, il n'a jamais remis en question cette exigence.

f. Par conséquent, les conditions permettant de reconnaître l'existence d'une infirmité congénitale sous couvert du chiffre 406 OIC ne sont pas réalisées. Partant, le recourant n'a pas droit à des mesures médicales de l'assurance-invalidité sous l'angle de l'art. 13 LAI. 8.

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. * * * * *

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :