

## **GE\_GERICHTE A/634/2012 vom 21. August 2012**

GE Cour de justice, 2012-08-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_634\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_634_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/634/2012 du 21 août 2012

IT: GE\_GERICHTE A/634/2012 del 21 agosto 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

ère Chambre En la cause Monsieur Benjamin GOERTZ, domicilié cité Vieusseux 16, 1203 Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître J. Potter VAN LOON recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Benjamin GOERTZ (ci-après l'assuré), né le 25 mai 1995, représenté par sa mère, a déposé une demande de prise en charge de mesures pédaogo-thérapeutiques pour un traitement de logopédie auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après l'OAI) en date du 14 juin 1999, invoquant un retard de langage. Dans un rapport sur les graves difficultés d'élocution du 29 juin 1999, le Dr Claude AUBERT du CENTRE D'EXAMEN DES PRATICIENS INDÉPENDANTS POUR LES TROUBLES DU LANGAGE (CEPITL) a indiqué que l'examen logopédique mettait en évidence un retard de langage chez un enfant vif présentant une appétence à la communication et une bonne compréhension du langage oral. La syntaxe était en cours d'élaboration mais présentait des lacunes importantes et se déstructurait fortement lorsque l'enfant devait mobiliser des capacités langagières. Le lexique était peu élaboré et les articulations de certains sons n'étaient pas acquises. La parole était marquée par de nombreuses substitutions, des omissions de phonèmes et de syllabes, des déplacements et certains mots étaient très déformés. Ces difficultés rendaient l'enfant difficilement compréhensible. Celui-ci ne présentait par ailleurs pas de difficultés de comportement hormis l'habitude de vouloir s'habiller en fille. Il y avait clairement une grave difficulté d'élocution au sens des circulaires. Le médecin a posé le diagnostic logopédique de dysphasie. Le traitement préconisé était la logopédie ambulatoire du 10 mai 1999 au 30 juin 2001 à raison de deux séances d'une heure par semaine. Il était important que ce traitement débute dans les plus brefs délais en raison des difficultés de l'enfant à se faire comprendre par son entourage. Par communication du 6 juillet 1999, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré au traitement préconisé par le Dr AUBERT. Dans son rapport du 30 mai 2001, le Dr AUBERT a fait état de graves difficultés d'élocution et posé le diagnostic de dyslalie. La poursuite du traitement de logopédie pendant une année dès le 1<sup>er</sup> juillet 2001 durant deux séances d'une heure par semaine était recommandée. Il a joint le rapport du 14 mai 2001 établi par Madame Marie-Carmen CUSTODI, logopédiste. Celle-ci signalait une évolution très favorable du retard de langage. La dysphasie de l'enfant avait évolué en dyslalie (trouble de parole). La syntaxe présentait encore quelques irrégularités, essentiellement dans les formes verbales. Les récits étaient tout à fait compréhensibles même si une légère désorganisation syntaxique était présente lors de récits complexes. Tous les sons étaient désormais acquis. Le trouble de parole occupait le premier plan et certaines combinaisons de sons étaient difficiles. Des suites de phonèmes devaient être exercées en répétition. La poursuite du traitement s'avérait nécessaire pour permettre à l'enfant de consolider et structurer sa parole et l'aider à automatiser les sons posant problème dans son

langage spontané. Le 14 juin 2001, l'OAI a communiqué à la mère de l'assuré que celui-ci avait droit au traitement logopédique selon le plan établi par le Dr AUBERT. Le 8 mars 2004, la mère de l'assuré a requis la reprise du traitement logopédique car son fils se heurtait à d'importantes difficultés dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. La Dresse Véronique VLEKOVA, spécialiste FMH en pédiatrie, a examiné l'assuré le 23 mars 2004. Dans son rapport, elle a relevé que l'intégration de l'assuré dans une classe spéciale était envisagée. L'enfant manifestait une extrême lenteur dans les différentes activités proposées, des préoccupations diverses et une grande anxiété par rapport à ses performances. Il demandait peu d'aide des adultes. L'examen logopédique mettait en évidence d'importantes difficultés en langage écrit. Sur le plan de la lecture, l'oralisation était lente et tâtonnante, ce qui entraînait une mauvaise compréhension. De nombreuses déformations et confusions étaient présentes. La correspondance phono-graphique n'était pas toujours réalisée en orthographe, les connaissances en orthographe grammaticale et d'usage étaient lacunaires et peu structurées. Le graphisme était de mauvaise qualité et les textes régulièrement illisibles. A l'issue de l'examen, cette spécialiste a posé le diagnostic logopédique de troubles d'apprentissage de la lecture et du langage écrit, dont le traitement consistait en logopédie ambulatoire pendant deux ans dès le 9 février 2004 à raison d'une à deux séances d'une heure par semaine. Par décision du 30 mars 2004, l'OAI a accordé la prise en charge du traitement logopédique préconisé par la Dresse VLEKOVA. Le 17 juin 2004, la mère de l'assuré a informé l'OAI du fait que son fils suivait une psychothérapie et a demandé à connaître la procédure afin que les frais afférents soient pris en charge. Dans un rapport du 26 juillet 2004, la Dresse Zorana-Angélique MARET, spécialiste FMH en pédopsychiatrie, a posé le diagnostic d'infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'ordonnance concernant les infirmités congénitales, soit de troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année. L'état de santé de l'assuré ne l'empêchait pas de fréquenter l'école. Il n'y avait qu'une seule infirmité congénitale et des mesures médicales permettraient l'amélioration de l'intégration ultérieure de l'assuré dans une activité lucrative. Le traitement avait débuté le 2 janvier 2004. Dans l'anamnèse, le médecin a fait état de problèmes de comportement et d'apprentissage. L'enfant déclarait être souvent fâché avec ses amis, il avait l'impression qu'ils étaient tous contre lui. Il n'arrivait pas à suivre à l'école et était triste. Le status saturo-pondéral était dans la norme. Les examens cognitifs montraient un retard de 18 à 24 mois et le temps de concentration ne dépassait pas 10 à 15 minutes. L'enfant devait suivre une thérapie pédopsychiatrique et des séances de logopédie. Il était scolarisé dans une classe spécialisée et suivait un traitement médicamenteux comprenant notamment de la Ritaline®. Dans le questionnaire joint, la Dresse MARET a posé le diagnostic de perturbation d'activité et de l'attention (F 90.0) et de trouble hyperkinétique et trouble des conduites (F 90.1). L'objectif principal de la psychothérapie était le traitement de l'affection en tant que telle. Le pronostic était favorable. La thérapie devait durer un à deux ans. Par décision du 10 août 2004, l'OAI a pris en charge une contribution aux frais de formation scolaire spéciale de l'assuré. La Dresse MARET a indiqué dans le formulaire "Annexe A OIC 404" du 14 septembre 2004 que l'assuré présentait des troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, des troubles des pulsions, des troubles de la concentration et de la faculté d'attention simultanément. Son intelligence était normale, le QI était de 110 selon le test K-ABC réalisé en septembre 2002. Le diagnostic d'hyperactivité avait été posé en

janvier 2002 par cette spécialiste et le traitement spécifique instauré le 31 janvier 2004. Elle a joint à ce document un rapport d'examen psychologique du 9 septembre 2002 rédigé par Madame Betty GOGUIKIAN RATCLIFF, psychologue, relevant notamment que la logopédiste souhaitait mettre un terme à son intervention en raison des troubles du comportement qui interféraient avec sa prise en charge. Dans sa décision du 5 octobre 2004, l'OAI a accepté la prise en charge de la psychothérapie dispensée par la Dresse MARET à raison d'une séance par semaine du 2 janvier 2004 au 31 décembre 2005. A la suite du changement de thérapeute de l'assuré, l'OAI a confirmé la prise en charge de la psychothérapie par Madame Carmen DEL FRESNO, psychologue, sous contrôle de la Dresse Pia BENEDET, spécialiste FMH en pédopsychiatrie. La Dresse BENEDET et Madame DEL FRESNO ont établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 4 novembre 2005. Elles ont indiqué que la reprise de la thérapie après l'arrêt du suivi avec la Dresse MARET avait amplifié certains symptômes et en avait révélé de nouveaux. Des comportements obsessionnels et compulsifs centrés sur le lavage des mains étaient apparus et l'envahissement de la pensée par la vie fantasmatique, avec une mauvaise différenciation entre réalité et fantasme, des fabulations, des fantasmes crus parfois partiellement agis accompagnés d'angoisses de mort et d'anéantissement, s'était accentué. L'adaptation à la réalité et à l'entourage relationnel était aussi empreinte de crainte et d'agressivité. Il en découlait des troubles du développement cognitif et affectif. La Dresse BENEDET a rappelé l'anamnèse de l'enfant, en signalant notamment un accouchement compliqué et les premières années vécues dans un contexte de violences et de difficultés familiales. L'assuré avait désormais des liens rares et désinvestis avec le père, qui éveillaient chez lui plus d'angoisse que de plaisir ou d'intérêt. L'observation clinique avait amené à revoir le diagnostic, qui était celui de troubles envahissants du développement (F 84.8) avec troubles obsessionnels-compulsifs et agitation psychomotrice. La médication avait également été modifiée et il paraissait nécessaire d'envisager une thérapie plus soutenue à raison de deux séances par semaine en sus du suivi psychiatrique. Ces spécialistes ont sollicité la prise en charge de ce traitement par l'OAI. L'OAI a accepté de prolonger la prise en charge de la psychothérapie par décision du 15 mars 2006 à raison de deux séances par semaine du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2006. Le 27 juin 2006, la mère de l'assuré a sollicité le renouvellement des mesures d'encadrement scolaire pour ce dernier. L'OAI a communiqué à la mère de l'assuré par courrier du 4 octobre 2006 que la contribution aux frais d'école était prolongée, les indemnités pour les mesures pédaگو-thérapeutiques, notamment la logopédie, étant comprises dans dite contribution. Par courrier du 25 mai 2007, Madame DEL FRESNO a indiqué à l'OAI que la prolongation de la psychothérapie de l'assuré était nécessaire. Le processus thérapeutique permettait une meilleure adaptation en milieu scolaire et une meilleure adéquation à la réalité. L'assuré était intégré en classe spécialisée depuis trois ans mais ses résultats lui avaient permis une intégration partielle en classe ordinaire. Sa fragilité psychique ne lui permettait pour l'heure pas d'affronter les mouvements internes provoqués par les changements dans son environnement, lesquels remettaient en cause la stabilité difficilement acquise. Ses angoisses devenaient alors envahissantes et troublaient la pensée et le développement cognitif, son comportement devenait rigide, agressif et il souffrait de sentiments dépressifs dans ces moments. L'assuré étant à une étape de questionnement pour son avenir et il était important de maintenir un travail psychothérapeutique afin de maintenir un équilibre. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2007, la Dresse BENEDET a indiqué que la gravité du trouble de base rendait indispensable la poursuite de la psychothérapie. La fragilité psychique de l'enfant était importante et le

rendait très sensible aux événements ponctuant son existence. L'OAI a admis par communication du 18 juin 2007 la prise en charge de la psychothérapie ambulatoire à raison d'une à deux heures par semaine du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008. Dans son rapport du 29 décembre 2008 visant à la prolongation de la psychothérapie, la Dresse BENEDET a fait état d'infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'ordonnance sur les infirmités congénitales. Elle a rappelé les diagnostics posés, soit autres troubles envahissants du développement avec troubles de l'activité et de l'attention (F 84.8), trouble obsessionnel-compulsif (F 42.1); bégaiement (F 98.5) en nette régression; trouble mixte des acquisitions scolaires (F 81.3); troubles de l'acquisition du langage de type expressif (F 80.1), actuellement stabilisés; naissance avec un Agpar à 2 avec notion de réanimation pour arrêt cardiaque (P 96); de discordance entre les parents biologiques, de troubles psychiatriques dans la famille et d'incapacité sociale importante. L'assuré était mieux adapté à l'environnement social et scolaire ainsi qu'à la réalité et tolérait mieux les frustrations. Il restait vulnérable aux importants facteurs de crise. Le suivi logopédique avait pu être arrêté. De juin 2007 à juillet 2008, l'assuré avait présenté plusieurs épisodes dépressifs et anxieux en lien avec la survenance de maladies graves chez des membres de sa famille et d'un décès dans son entourage. Sa pensée et son fonctionnement cognitif ne s'étaient pas désorganisés de façon majeure. Ses capacités d'adaptation avaient de plus été fortement sollicitées à la fin de l'année scolaire 2007-2008 car il se préparait à intégrer une école professionnelle dans un contexte familial perturbé. Il avait présenté dans ce cadre une insécurité plus importante avec des angoisses d'abandon, de rejet, une augmentation de l'agitation psychomotrice et des difficultés de concentration avec une exacerbation du trouble obsessionnel-compulsif. Les manifestations dépressives avaient progressivement régressé, de même que les sentiments de persécution et les débordements agressifs. L'assuré réinvestissait positivement sa scolarité. Dans l'annexe au rapport, la Dresse BENEDET a repris ses diagnostics en soulignant que les limitations n'étaient pas liées au comportement ni à un retard de développement mais à un trouble psychique ou de la personnalité, ce trouble impliquant une grande sensibilité à l'échec et des réactions possibles de découragement ou d'appréhension devant des tâches nouvelles ou jugées trop complexes. S'agissant de l'incidence négative des troubles sur une formation scolaire ou professionnelle, la pédopsychiatre a noté que l'assuré avait présenté d'importantes difficultés de communication, de comportement, de relations et d'apprentissage. Son rapport à la réalité était très labile, il était souvent débordé par l'angoisse ou les émergences pulsionnelles. Des facteurs externes angoissants limitaient ses capacités d'attention et de concentration. Il avait progressé de manière importante dans tous ces domaines mais il avait encore besoin d'une structure spécialisée. Du point de vue de la formation professionnelle, un encadrement spécialisé pourrait stimuler l'assuré à surmonter les difficultés rencontrées. Il avait en outre besoin d'une supervision attentive car il était vite déstabilisé face aux échecs ou aux difficultés. Dans un second rapport également daté du 29 décembre 2008, la Dresse BENEDET a repris les diagnostics établis, l'anamnèse de l'assuré et les plaintes rapportées par les parents de celui-ci. Des mesures médicales étaient susceptibles d'améliorer de façon importante une réadaptation à la vie active. L'intégration scolaire et sociale s'était améliorée, de même que le rapport à la réalité. Les tics et rituels compulsifs avaient nettement régressé. L'assuré gérait mieux ses débordements pulsionnels. La thymie restait labile et vulnérable aux facteurs de crise. La spécialiste a procédé à un examen clinique. S'agissant du plan de traitement, elle a répété que l'assuré traversait une période délicate mais les séances de psychothérapie lui permettaient de poursuivre son

développement. Il y avait donc lieu de maintenir la fréquence des séances. Elle a joint à son envoi le rapport d'examen psychologique réalisé en date du 14 mai 2007 par Mesdames GOGUIKIAN RATCLIFF et Florence ASCHIERO, psychologues, concluant que l'assuré avait parcouru un chemin remarquable malgré son profil hétérogène. Il avait acquis la lecture et l'écriture. Il persistait des limites dans la mémoire de travail qui rendaient la vie difficile pour les apprentissages. Le maintien de la prise en charge logopédique semblait impératif pour l'aider à automatiser des procédures de lecture et de calcul. L'assuré avait également besoin qu'on favorise son autonomie en vue de la fin de son cursus en école spécialisée. La Dresse BENEDET a également joint des bilans de Madame CUSTODI, logopédiste. Par courrier du 2 février 2009, la Dresse BENEDET a transmis à l'OAI la demande de Madame DEL FRESNO du 1<sup>er</sup> février de prolongation de la psychothérapie, relatant une évolution constante depuis le début du traitement malgré une certaine fragilité qui subsistait lorsqu'il rencontrait des difficultés, ce qui réactivait les angoisses de séparation, d'abandon, de rejet et de mort et le plongeait dans des sentiments dépressifs prononcés et une agitation psychomotrice. Il avait été fortement sollicité dans son passage à l'école de formation professionnelle et était mobilisé par l'avènement de l'adolescence. Le suivi psychothérapeutique permettait l'élaboration psychique de ces changements de repères externes et internes et il y avait lieu de maintenir les séances à la même fréquence. Par communication du 5 février 2009, l'OAI a admis la prise en charge de la psychothérapie ambulatoire du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2010 à raison de deux séances par semaine. Dans un avis du 9 février 2009, le Dr Michel CAUDERAY, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR), a relevé que l'assuré présentait un trouble envahissant du développement, divers autres troubles dont un trouble mixte des acquisitions et des troubles obsessionnels compulsifs. Il présentait donc une atteinte invalidante à la santé. Les limitations fonctionnelles étaient de nature psychiatrique, l'assuré présentant notamment des angoisses face à de nouvelles tâches et des difficultés d'apprentissage. Par communication du 10 mars 2009, l'OAI a octroyé une mesure d'orientation professionnelle à l'assuré. Dans ce cadre, l'assuré a suivi divers stages auprès de l'ORIF, centre de formation professionnelle spécialisée, et de PRO Entreprise sociale privée, qui se sont bien déroulés et à l'issue desquels les chances de succès d'une orientation dans le secteur de la cuisine ont été considérées réelles par les spécialistes. Le rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2011 de la Dresse BENEDET visant à la prolongation de la psychothérapie a confirmé les diagnostics déjà posés, auxquels s'ajoutaient une maladie de Scheuermann, une surdité de 50 % à l'oreille droite et une incapacité sociale importante. Ce médecin a indiqué que l'évolution récente était globalement favorable bien qu'émaillée par divers épisodes de crise nécessitant le réajustement du traitement médicamenteux et des entretiens avec la famille. Durant l'année scolaire 2009-2010, la scolarisation en module mixte cycle d'orientation et école de formation professionnelle s'était avérée problématique au vu du contexte familial, un membre de la famille ayant présenté de graves problèmes de santé. La poursuite de la psychothérapie à raison de deux séances par semaine était souhaitable pour faire face aux facteurs de crise et aux changements, qui induisaient des angoisses chez l'assuré. La Dresse BENEDET a précisé que l'état de santé de l'assuré l'empêchait de suivre une formation professionnelle, en soulignant que ce dernier était en classe spécialisée depuis 2004 et qu'il avait intégré l'école de formation professionnelle dès 2007, puis l'ORIF en 2009 et enfin PRO Entreprise sociale privée en février 2010. Elle a joint le rapport du 10 mars 2011 de Madame DEL FRESNO, aux termes duquel la transformation identitaire de l'assuré

conduisait à des mouvements régressifs. Malgré les sentiments dépressifs, l'assuré devenait plus affirmatif et pouvait verbaliser sa différenciation grâce au cadre thérapeutique de confiance qui lui permettait d'élaborer l'agressivité générée par les changements. Le travail de différenciation devait se poursuivre. Dans son avis du 15 septembre 2011, le Dr CAUDERAY s'est déterminé sur la demande de prolongation de la psychothérapie. Il a souligné que le trouble envahissant du comportement diagnostiqué par la pédopsychiatre correspondait au chiffre 401 de l'annexe à l'ordonnance sur les infirmités congénitales et que les rapports du 25 mai 2007 et du 21 décembre 2008 contenaient les mêmes descriptions avec les mêmes fluctuations. La progression dans la capacité de formation était liée à l'environnement psychosocial. En conclusion, après plus de six ans de psychothérapie, la situation ne s'était guère améliorée et restait fluctuante malgré les assertions des différents rapports. Le traitement visait ainsi clairement l'affection en tant que telle et n'était pas limité dans le temps. Conformément à la pratique administrative, il convenait d'interrompre la mesure. L'OAI a adressé un projet de décision à la mère de l'assuré en date du 27 septembre 2011. Il a affirmé que l'assuré ne présentait pas d'infirmité congénitale. Il a rappelé les conditions cumulatives auxquelles était subordonné le droit aux mesures médicales de réadaptation, en soulignant qu'elles n'étaient pas remplies en l'espèce, le traitement visant l'affection en tant que telle et n'étant pas limité dans le temps. L'assuré, par son mandataire, a contesté le projet de décision par courrier du 21 octobre 2011. Il a souligné que l'avis du 15 septembre 2011 du Dr CAUDERAY se référait au chiffre 401 de l'annexe à l'ordonnance sur les infirmités congénitales, qui était abrogé. Les rapports de la Dresse MARET du 26 juillet 2004 et de la Dresse BENEDET des 29 décembre 2008 et du 1<sup>er</sup> juillet 2011 renaient quant à eux une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'ordonnance sur les infirmités congénitales. L'assuré présentait plusieurs troubles et des problèmes de développement et de difficultés relationnelles depuis son plus jeune âge et son dossier ne comportait aucun élément d'instruction quant à l'existence d'une infirmité congénitale. Les décisions de prise en charge de la psychothérapie ne mentionnaient pas les dispositions légales sur lesquelles elles se fondaient. Une expertise neutre était nécessaire pour déterminer si l'assuré présentait une infirmité congénitale. Par ailleurs, il contestait l'absence d'amélioration durant la psychothérapie. Celle-ci lui avait en effet permis de mener à bien sa formation spécialisée et d'entamer une formation professionnelle en cuisine. La psychothérapie devait être poursuivie en raison de la période de transition actuelle. Le 9 décembre 2011, l'assureur-maladie a relevé qu'il ressortait du rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2011 de la Dresse BENEDET que la psychothérapie était manifestement nécessaire à la réadaptation professionnelle de l'assuré. Sans traitement, un état défectueux stable néfaste pour la formation professionnelle s'installerait. Il a affirmé que selon la jurisprudence, le fait que les traitements soient étendus dans le temps ne signifiait pas qu'ils ne pouvaient être pris en charge. Au surplus, l'assureur-maladie s'est référé aux objections soulevées par l'assuré. Le Dr CAUDERAY s'est déterminé sur la demande d'expertise dans son avis du 19 janvier 2012, en indiquant que le dossier était suffisamment étayé et qu'un examen complémentaire était superflu. La justification du maintien des mesures relevait de l'appréciation du médecin traitant qui devait signaler une amélioration claire et nette de la capacité de formation, ce qui n'était pas le cas chez l'assuré. De plus, les facteurs psychosociaux étaient très importants. Il convenait dès lors de confirmer le projet de refus. Dans sa décision du 25 janvier 2012, l'OAI a confirmé la teneur de son projet en se référant à l'avis du Dr CAUDERAY. Par courrier du 19 février 2012 au SMR, la Dresse BENEDET et Madame DEL FRESNO ont exprimé leur désaccord avec la

décision rendue. Elles ont rappelé les difficultés de l'assuré et son évolution marquée par une amélioration du langage, des performances cognitives et des relations avec son entourage. Il restait une fragilité psychique aux facteurs de stress avec l'émergence d'anxiété, d'une idéation paranoïde et d'épisodes marqués par une fluctuation de la thymie et une tendance aux somatisations. Le rapport à la réalité et les capacités d'adaptation s'étaient cependant améliorés au point de permettre un engagement en vue d'une formation professionnelle, dans laquelle les progrès étaient relevés par tous les intervenants. Le suivi psychiatrique nécessaire aux acquisitions actuelles était justifié tant par le diagnostic principal que par des facteurs traumatiques importants et répétés et la prise en charge avait jusque-là permis d'éviter toute décompensation majeure en maintenant et développant les acquisitions en cours. Plusieurs membres de l'entourage proche de l'assuré avaient connu des épisodes de décompensation psychique majeure survenant dans le contexte des remaniements pulsionnels et identitaires liés à l'adolescence et à l'intégration du monde professionnel. Le suivi thérapeutique avait permis de développer les investissements en dépit de ces difficultés. En raison de la décision de l'OAI, le traitement avait dû être interrompu. Il était cependant très important afin d'éviter la survenance de troubles psychiques susceptibles de compromettre l'équilibre et l'intégration sociale et professionnelle en cours. Les thérapeutes ont ajouté qu'elles regrettaient le caractère lapidaire de la décision et l'absence de concertation préalable avec les différents intervenants suivant l'assuré. Par acte du 27 février 2012, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il conclut sous suite de dépens à la prise en charge de la psychothérapie ambulatoire dès janvier 2011 et subsidiairement au renvoi pour instruction complémentaire afin d'établir l'existence d'une infirmité congénitale. Rappelant les difficultés rencontrées, il allègue que l'avis du SMR se contente d'indiquer que le trouble envahissant du comportement correspondrait au chiffre 401 de la liste annexée à l'ordonnance sur les infirmités congénitales, chiffre qui a été abrogé au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Pour le surplus, le dossier ne comporte aucun élément d'instruction quant à l'existence d'une infirmité congénitale et le traitement a initialement été pris en charge par l'OAI sans préciser s'il s'agissait de mesures médicales de réadaptation ou visant le traitement d'une infirmité congénitale. Il ressort en outre des rapports de la Dresse BENEDET que la psychothérapie a amené une amélioration claire. L'OAI a persisté dans les termes de son projet de décision sans entrer en matière sur ses objections. L'assuré affirme que la poursuite de la psychothérapie est nécessaire pour ne pas compromettre sa formation professionnelle en cours et sa capacité de gain future. Il ajoute que la durée du traitement n'est pas un motif suffisant pour refuser la poursuite de la mesure médicale. Par surabondance, les Dresses MARET et BENEDET ont toutes deux attesté de l'existence d'une infirmité congénitale. Or, aucun élément du dossier de l'OAI ne se prononce à cet égard. La décision n'est pas suffisamment motivée et il convient de procéder à l'instruction sur ce point. Dans sa réponse du 16 avril 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il rappelle que le traitement d'une maladie est du ressort de l'assurance-maladie en premier lieu et que selon la pratique, l'assurance-invalidité peut prendre en charge la psychothérapie nécessaire au traitement de troubles psychiques acquis conduisant avec une grande vraisemblance à des séquelles stables qui empêcheraient ou restreindraient considérablement la formation ou l'exercice ultérieur d'une activité lucrative. Les troubles psychiques sont acquis lorsqu'un traitement spécialisé intensif durant un an n'a pas apporté d'amélioration suffisante. La réglementation vise à s'assurer que l'incapacité rencontrée peut être supprimée à court terme et que l'empêchement en résultant est durable. Le traitement de l'affection n'incombe pas à

l'assurance-invalidité et couvre les soins médicaux prodigués dans les phénomènes pathologiques labiles, auxquels sont assimilées toutes les atteintes non stabilisées qui ont valeur de maladie. La loi ne prévoit pas la prise en charge du traitement de l'affection en tant que telle même si celui-ci permet une amélioration importante de la réadaptation, qui ne constitue pas un critère décisif. Des mesures visant à la stabilisation s'appliquent toujours à un phénomène pathologique labile et une thérapie continue nécessaire pour empêcher la progression d'une affection constitue un traitement de l'affection. Chez les assurés mineurs, la jurisprudence admet que les mesures médicales peuvent être utiles de manière prédominante pour la réadaptation malgré le caractère encore labile de l'affection si à défaut, l'assuré présenterait des séquelles ou un état défectueux stable qui nuirait à la formation professionnelle. L'amélioration doit cependant être durable et importante, et la durée du traitement doit pouvoir être clairement définie. En l'espèce, l'état de l'assuré est stabilisé et la situation reste fluctuante. L'OAI indique que le courrier du 19 février 2012 des thérapeutes de l'assuré a été soumis au Dr Claude-Alain JEANNERET, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin au SMR, dont il produit l'avis du 11 avril 2012. Dans ce document, le Dr JEANNERET souligne que le droit aux prestations sous l'angle de l'infirmité congénitale n'est pas donné car selon le rapport du 14 septembre 2004 de la Dresse MARET, l'enfant ne présentait pas de trouble de la perception. Au regard du chiffre 401 de l'annexe à l'ordonnance sur les infirmités congénitales, remplacé depuis par les chiffres 405 et 406, on peut estimer que le retard de langage développé dans l'enfance peut être un signe de troubles envahissants du développement. L'enfant ne présentait cependant aucun trouble du comportement. Au regard d'un seul retard de langage attribué à une dyslalie, il était donc difficile d'admettre l'existence d'une infirmité congénitale au sens du chiffre 405, soit des troubles du spectre autistique apparus avant l'accomplissement de la cinquième année. S'agissant des mesures médicales sous l'angle de la réadaptation, l'impression qui se dégage est celle d'un traitement non limité dans le temps. L'OAI affirme que compte tenu de l'avis du SMR, les arguments de l'assuré ne permettent pas une appréciation différente du cas. Il ajoute que le traitement médical des infirmités congénitales est également soumis aux critères de nécessité, de simplicité et d'adéquation, qui ne sont pas remplis en l'espèce puisque le traitement dure depuis 7 ans déjà. L'assuré s'est déterminé sur l'avis du SMR par écriture du 28 juin 2012. Il souligne que l'OAI reconnaît que la prise en charge d'une psychothérapie nécessaire au traitement de troubles psychiques acquis est possible si à défaut, ces troubles conduiraient à des séquelles stables ou rendraient impossibles la formation ultérieure et l'exercice d'une activité lucrative. Il allègue que la jurisprudence permet la prise en charge de troubles encore labiles aux mêmes conditions lorsque les assurés sont mineurs. En l'espèce, tous les avis médicaux démontrent que l'assuré présente des troubles psychiques qui conduiraient à des séquelles stables sans psychothérapie. L'historique de la maladie doit être prise en compte pour évaluer le résultat que l'on peut espérer d'une mesure médicale. La psychothérapie a permis à l'assuré de maintenir ses investissements pour mener à bien sa formation spécialisée puis sa formation professionnelle initiale. Le seul argument du SMR pour refuser la prise en charge de la psychothérapie est sa durée. Or, selon la jurisprudence, ce motif n'est pas suffisant pour nier le droit à la poursuite d'une mesure médicale. Il affirme que seuls des troubles nécessitant des traitements permanents ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité. Il relève en outre que les troubles du comportement sont attestés par le rapport de Mme GOGUIKIAN RATCLIFF du 9 septembre 2002, contrairement à ce que soutient le Dr JEANNERET dans son avis du 11 avril 2012. L'appréciation du SMR est ainsi clairement insuffisante pour

exclure la présence d'une infirmité congénitale. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'OAI par courrier du 2 juillet 2012. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assuré à la prise en charge de la poursuite de son traitement psychothérapeutique. a) En vertu de l'art. 12 al. 1<sup>er</sup> LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. A cet égard, il y a lieu de souligner que l'art. 12 al. 1<sup>er</sup> LAI a subi une modification lors de la 5<sup>ème</sup> révision de l'assurance-invalidité, entrée en force le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Auparavant, l'assuré avait droit aux mesures médicales n'ayant pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, et de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable sans restriction d'âge. Aux termes de l'art. 2 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate. b) Par « traitement de l'affection comme telle », la loi désigne les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. Ce n'est qu'au moment où la phase du phénomène pathologique labile (primaire ou secondaire) est achevée et qu'un état stabilisé ou relativement stabilisé est apparu, qu'on peut se demander – dans le cas des assurés majeurs – si une mesure médicale est une mesure de réadaptation. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à

éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1<sup>er</sup> LAI (ATF 120 V 279, consid. 3a). La Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) publiée par l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES prévoit au chiffre 54 que l'assurance-invalidité peut exceptionnellement prendre en charge des mesures médicales de réadaptation selon l'art. 12 LAI, alors même qu'il n'existe pas encore d'état stabilisé ou relativement stabilisé, lorsqu'on peut s'attendre avec une certitude suffisante à ce que les mesures préconisées permettent d'éviter la menace ultérieure de graves séquelles stabilisées difficilement corrigibles susceptibles d'influencer d'une manière importante la capacité de gain ou la formation professionnelle (art. 8 al. 2 LPGA; art. 5 al. 2 LAI). Cependant, il doit exister une atteinte à la santé. La prophylaxie des maladies proprement dite ainsi que les mesures qui se bornent à repousser le moment de l'installation d'un état stabilisé sont toutefois exclues. Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle (art. 8 al. 2 LPGA). Dès lors, pour ces assurés, les mesures médicales servent avant tout à la réadaptation professionnelle et incombent à l'assurance-invalidité en dépit du caractère non stabilisé de l'atteinte, si un état défectueux stable ou un état stabilisé pouvant entraver la formation professionnelle ou la capacité de gain devait survenir dans un avenir prévisible à défaut de telles mesures, et pour autant que les autres conditions soient remplies (ATF 100 V 32 consid. 1a; ATF 98 V 214 consid. 2). A l'inverse, les mesures médicales ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité dans le cas d'assurés mineurs lorsqu'elles portent sur des maladies psychiques, qui en l'état des connaissances de la médecine, ne peuvent s'amender de manière durable sans traitement continu, comme c'est par exemple le cas pour la schizophrénie (ATF 105 V 19). c) L'effet positif obtenu grâce à un traitement médical ne peut être qualifié d'important, au sens de l'art. 12 al. 1<sup>er</sup> LAI, que s'il atteint un degré absolu de réussite suffisamment élevé dans un laps de temps déterminé (ATF 98 V 205 consid. 4b). D'une façon générale, on doit pouvoir attendre des mesures médicales qu'elles rencontrent un minimum de succès sur le plan de l'activité lucrative pendant une durée minimale. Il n'est pas possible de dire de manière générale dans quelle mesure le succès probable de la réadaptation peut encore être qualifié d'important, car il faut en décider d'après les particularités du cas d'espèce. Cependant, les mesures qui n'aboutissent qu'à une faible amélioration de la capacité de gain ne sont pas prises en charge par l'assurance-invalidité. Il faut poser comme condition qu'une capacité de gain encore importante soit préservée d'une diminution notable, car dans le cadre de l'art. 12 LAI, la loi ne prévoit pas de mesures destinées à conserver un résidu incertain de capacité de gain. La question du caractère important du succès de la réadaptation doit, en outre, être résolue en fonction, d'une part, de la gravité de l'infirmité et, d'autre part, du genre de l'activité lucrative exercée par l'assuré ou entrant en ligne de compte pour lui dans le cadre d'une réadaptation optimale. Dès lors, il n'y a pas lieu de prendre en considération les circonstances personnelles qui n'ont pas de rapport avec l'activité lucrative exercée par l'assuré (ATF 115 V 191 consid. 5a). S'agissant de la durée des mesures médicales, le chiffre 63 CMRM précise que dans le cas des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative, les mesures qui tendent à empêcher ou à retarder un état pathologique ou tout autre état stabilisé peuvent assurément s'étendre sur un certain laps de temps; elles ne sauraient par contre revêtir un caractère durable, c'est-à-dire qu'elles ne sauraient être requises indéfiniment. Il faut encore que le pronostic favorable soit établi avec une vraisemblance

suffisante. En cas de troubles psychiques, la jurisprudence considère que l'historique de la maladie doit être pris en considération pour évaluer le résultat qu'il y a lieu d'escompter d'une mesure médicale (ATFA non publié I 343/04 du 3 décembre 2004, consid. 2.2). En particulier, plus un laps de temps important s'est écoulé depuis le début du traitement entrepris, plus l'issue de celui-ci apparaît incertaine (ATFA I 532/04 du 8 février 2005, consid. 2.3). L'art. 13 LAI dispose que 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<sup>er</sup>). 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 (al. 2). Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 1<sup>er</sup> al. 1<sup>er</sup> de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21), arrêtée conformément à l'art. 3 RAI, précise que la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale, et que le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. L'art. 2 al. 3 OIC dispose que 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. Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (syndrome psycho-organique, psycho-syndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile). Selon le chiffre 404.5 de la CMRM, plusieurs symptômes – troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, troubles des pulsions, troubles perceptifs et cognitifs, troubles de la concentration et troubles de la faculté d'attention – doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC soit retenue. Ils ne doivent pas nécessairement apparaître simultanément mais peuvent selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Le Tribunal fédéral a admis la conformité à la loi du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC et de la pratique administrative concernant cette disposition, consacrée dans la CMRM (ATF 122 V 113 consid. 1b). A teneur du chiffre 14 CMRM, les assurés ont droit aux mesures médicales au sens des art. 3 LPGA et 13 LAI dès que l'infirmité congénitale nécessite un traitement (dont font partie les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale établie en toute certitude) et que le traitement offre des chances de succès. Le traitement médical doit être accordé aussi longtemps qu'il est indiqué et que le rapport entre les chances de succès et le coût du traitement reste acceptable. Le respect de cette exigence doit être contrôlé à intervalles raisonnables. Lorsque cela se justifie en raison de l'infirmité ou de la mesure thérapeutique, la durée des prestations doit être limitée. 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 LPGA), 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Il sied en premier lieu de relever qu'en l'espèce, l'OAI, dans sa décision initiale du 5 octobre 2004, n'a pas indiqué sur quelle base légale se fondait la prise en charge de la psychothérapie. Partant, il convient d'examiner le droit de l'assuré à la prise en charge de la poursuite de son traitement tant sous l'angle de l'art. 12 LAI qu'au regard de l'art. 13 LAI.

a) S'agissant du droit à la psychothérapie à titre de mesure nécessaire à l'intégration scolaire et professionnelle, force est de constater que les conditions prévues par la jurisprudence ne sont en l'espèce pas réunies pour en admettre la prise en charge. En effet, l'assuré bénéficiait au moment du projet de décision d'un traitement depuis janvier 2004, soit depuis plus de sept ans. Ni la Dresse BENEDET, ni Madame DEL FRESNO n'ont donné d'indication permettant d'envisager une fin proche du traitement et elles n'établissent du reste aucun pronostic. Dans ces conditions, on ne peut présager de résultat certain de la psychothérapie en un laps de temps déterminé. Certes, le traitement poursuivi par l'assuré a très probablement une incidence positive sur sa scolarisation et son intégration dans la vie professionnelle. Cependant, selon la jurisprudence, le succès de la réadaptation ne constitue pas un critère décisif dans le cadre de l'art. 12 LAI dès lors que pratiquement toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF non publié 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010, consid. 2.1). En revanche, à la lecture des rapports de la Dresse BENEDET et de la psychologue, il apparaît que l'état de l'assuré n'a que peu évolué durant les dernières années du traitement. Le rapport établi en 2007 par Madame DEL FRESNO révèle une fragilité de l'assuré générant des angoisses et des sentiments dépressifs lors des changements dans son environnement, constatation que reprend la pédopsychiatre dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2007. Si l'on se réfère au rapport ultérieurement établi en décembre 2008 par la Dresse BENEDET, il en ressort que l'assuré reste vulnérable et sa thymie labile, et qu'il a connu en 2007 et 2008 des épisodes dépressifs et anxieux. Le rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2011 de ce médecin fait à nouveau état d'une résurgence des angoisses en période de crise et face au changement. Quant au rapport de mars 2011 de Madame DEL FRESNO, il mentionne des sentiments dépressifs et indique par ailleurs une certaine régression de l'assuré. Compte tenu du caractère récurrent des troubles anxieux et dépressifs malgré le traitement de longue durée, on ne saurait admettre que celui-ci a un succès important au sens de la loi. Par surabondance, le traitement vise avant tout l'affection en tant que telle puisque la prise en charge psychothérapeutique vise à donner à l'assuré les moyens de surmonter les troubles qu'entraînent les modifications de son environnement. A cet égard, on notera d'ailleurs que la Dresse MARET avait indiqué dans son rapport de 2004 que la psychothérapie avait pour but le traitement de l'affection en tant que telle. Eu égard à ces éléments, on ne saurait reconnaître le droit à la prise en charge de la poursuite de la psychothérapie en se fondant sur l'art. 12 LAI.

b) S'agissant de l'existence d'une infirmité congénitale, elle a été diagnostiquée tant par la Dresse MARET que par la Dresse BENEDET. Ces médecins se sont toutes deux référées au chiffre 404 de l'annexe à l'OIC. Cela étant, les rapports médicaux sont relativement succincts et ne correspondent pas aux exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ils ne comprennent en effet pas de constatations cliniques détaillées permettant d'étayer les diagnostics et les conclusions des médecins de l'assuré. Quant aux

avis des médecins du SMR, ils ne permettent pas d'exclure une infirmité congénitale. Dans son appréciation du 15 septembre 2011, le Dr CAUDERAY s'est en effet contenté de déclarer que le trouble envahissant du comportement établi par la Dresse BENEDET correspondait au chiffre 401 de l'annexe à l'OIC, chiffre en réalité remplacé par les chiffres 405 et 406 au 1<sup>er</sup> janvier 2010 (cf. Codes pour la statistique des infirmités et des prestations publiés par l'OFAS dans leur état au 1<sup>er</sup> janvier 2012, p. 7). Ces chiffres visent les troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année (chiffre 405) et les psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année (chiffre 406). Outre le fait que les diagnostics de la Dresse BENEDET ont été posés bien après la cinquième année de l'assuré, l'avis du Dr CAUDERAY ne contient aucune précision quant au diagnostic ni explication sur l'atteinte retenue. Cet avis est dès lors à l'évidence insuffisamment motivé. Quant à l'avis du Dr JEANNERET, il analyse l'existence d'une infirmité congénitale au sens des chiffres 405 et 406 uniquement, alors que les Dresses MARET et BENEDET se sont référées au chiffre 404. Les conclusions du Dr JEANNERET ne sont dès lors pas suffisantes pour écarter une infirmité congénitale en l'espèce. Ainsi, les éléments à disposition de la Cour de céans ne permettent pas de statuer sur l'existence d'une infirmité congénitale et sur le droit à la prise en charge du traitement nécessaire à une telle atteinte. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'OAI afin que ce dernier procède aux mesures d'instruction nécessaires, au besoin en procédant à une expertise. Conformément à ce qui précède, le recours sera partiellement admis. L'assuré, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient en l'espèce de fixer à 1'250 fr. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé supportera également un émolument de 500 fr. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Renvoie la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Condamne l'OAI à verser à l'assuré une indemnité de 1'250 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OAI . 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; RS 173.110); 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.