

GE_GERICHTE A/796/2014 vom 19. November 2014

GE Cour de justice, 2014-11-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_796_2014

FR: GE_GERICHTE A/796/2014 du 19 novembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/796/2014 del 19 novembre 2014

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A _____ et Madame B _____, domiciliés à CHENE-BOURG recourants contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. En septembre 2011, Madame B _____ et Monsieur A _____, parents de C _____ A _____, née le _____ 2000, ont déposé une demande pour mineur pour leur fille, afin de bénéficier de mesures médicales en cas d'infirmité congénitale. La famille était rentrée en Suisse en août 2010 du Canada.![endif]>![if> 2. Selon le rapport du 13 septembre 2010 du docteur D _____ du département de l'enfant et de l'adolescent secteur de neuropédiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'enfant souffrait d'un syndrome dysmorpho-génétique sur délétion 3P et de délétion du gène de la maladie de von Hippel Lindau. Il s'agissait d'un syndrome génétique rare. L'enfant présentait un retard sévère du développement avec absence de langage, des difficultés de coordination motrice et quelques stéréotypies. A cela s'ajoutait une hyper-salivation importante, en rapport avec des difficultés majeures de la motricité de la sphère bucco-linguo-fasciale. Durant la consultation, l'enfant faisait preuve d'une bonne interaction sociale.![endif]>![if> 3. Dans son rapport du 31 octobre 2011, le Dr D _____ a complété les diagnostics par ceux de retard mental avec traits autistiques, hypoaccousie bilatérale et ptose palpébrale bilatérale. Une intégration à Clair-Bois paraissait une bonne solution pour une prise en charge mixte éducative et médicale. On observait un grand nombre de stéréotypies.![endif]>![if> 4. Dans son rapport du 2 novembre 2011, le Dr D _____ a notamment attesté que l'état de santé de l'enfant pouvait être amélioré par la physiothérapie et l'ergothérapie. ![endif]>![if> 5. Dans son rapport du 8 novembre 2011, le Dr D _____ a ajouté les diagnostics F 72 et F 84.1. L'enfant nécessitait un encadrement scolaire adapté. Elle souffrait des infirmités congénitales correspondant aux chiffres 405 et 412 de l'ordonnance y relative et avait besoin de la poursuite d'une neuro-rééducation avec physiothérapie et ergothérapie ainsi que d'une aide supplémentaire ou de surveillance personnelle accrues, comparativement à une personne du même âge en bonne santé. L'examen clinique mettait notamment en évidence de nombreuses stéréotypies.![endif]>![if> 6. Le rapport du 9 janvier 2012, relatif à une allocation pour impotent destinée aux mineurs, a conclu à une dépendance de l'enfant pour tous les actes de la vie quotidienne et à un besoin d'une surveillance personnelle permanente. ![endif]>![if> 7. Dans son avis médical du 27 janvier 2012, le Dr E _____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a considéré qu'on ne pouvait pas retenir la prise en charge de la physiothérapie et de l'ergothérapie sous le couvert du chiffre 405 de l'ordonnance sur les infirmités congénitales (OIC) à moins de démontrer qu'un autisme eût été provoqué plus jeune. En effet, le retard psychomoteur était principalement dû à une atteinte chromosomique. ![endif]>![if> 8. Par décision du 24 février 2012, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève

(OAI) a accordé à l'enfant le droit à une allocation d'impotence grave.![endif]>![if> 9. Dans leur rapport du 22 juin 2012, le Dr D_____ et Mme F_____, ergothérapeute, ont notamment fait état de ce que l'enfant présentait quelques manifestations de types stéréotypés, représentatives d'une instabilité émotionnelle. Un des objectifs était de l'accompagner afin qu'elle puisse interagir avec son environnement pour ainsi éviter un enfermement dans des activités stéréotypées liées probablement aux difficultés à interagir avec son environnement. Une prise en charge en ergothérapie était adaptée pour l'aider à développer sa participation dans les actes de la vie quotidienne, tels que repas, habillage, déplacements et loisirs, et pour faciliter sa réussite dans ces activités.![endif]>![if> 10. Selon l'avis médical du 5 juillet 2012 du Dr E_____ du SMR, les diverses atteintes que présentait l'enfant étaient congénitales et dès lors antérieures à son entrée en Suisse en août 2010. Il a par ailleurs relevé que, pour le chiffre 405 OIC, l'autisme avait débuté avant la fin de la cinquième année de vie. Cette pathologie étant antérieure à l'entrée en Suisse, les conditions du chiffre 405 OIC n'étaient pas remplies.![endif]>![if> 11. Le 28 août 2012, l'OAI a communiqué au père de l'enfant qu'il prendra en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale, y compris un éventuel traitement médicamenteux, les contrôles médicaux, ainsi que les appareils médicalement prescrits. ![endif]>![if> 12. A la même date, l'OAI a fait savoir également au représentant légal de l'enfant qu'il prendra en charge les coûts de la physiothérapie et de l'ergothérapie ambulatoires médicament prescrites, en rapport avec l'infirmité congénitale chiffre 405, jusqu'au 31 août 2013. Le 4 octobre 2012, l'OAI a prolongé la prise en charge jusqu'au 31 décembre 2013.![endif]>![if> 13. Dans son rapport du 5 octobre 2013, les Drs D_____ et G_____ du secteur de neuropédiatrie des HUG ont émis notamment le diagnostic de retard mental avec traits autistiques. La physiothérapie, la logopédie et l'ergothérapie permettaient à l'enfant de faire des progrès, surtout au niveau de son autonomie. Sur le plan du langage, il n'y avait pas de progression. Un grand nombre de stéréotypies persistaient.![endif]>![if> 14. Selon l'avis médical du 28 novembre 2013 du Dr E_____, le chiffre 390 OIC ne pouvait pas être retenu, le status neurologique ne parlant pas en faveur d'une paralysie cérébrale. Le chiffre 403 OIC pouvait être admis, vu le retard mental. Quant au 405 OIC, il a relevé que les retards mentaux étaient souvent accompagnés de traits autistiques. Il n'y avait pas assez d'éléments pour admettre que les symptômes étaient manifestes avant la fin de la cinquième année de vie, de sorte que ce chiffre ne pouvait pas être retenu. Par contre, la prise en charge des mesures médicales en relation avec la ptose sous le chiffre 412 OIC devait être admise. Il en allait de même pour le chiffre 446 OIC (surdité de perception). ![endif]>![if> 15. Le 13 janvier 2014, l'OAI a fait savoir au père de l'enfant qu'il prendra en charge les frais du traitement de l'infirmité congénitale chiffre 403 (oligophrénie congénitale), liée à un comportement hérétique ou apatique jusqu'au 31 juillet 2020. Il a pris la même décision pour la prise en charge des infirmités congénitales des chiffres 412 (ptose congénitale bilatérale) et 446 (surdité congénitale neurosensorielle), ainsi que d'une orthèse proprioceptive et d'un vélo Haverich en relation avec l'infirmité congénitale chiffre 403.![endif]>![if> 16. Le 13 janvier 2014 également, l'OAI a fait savoir au père de l'enfant qu'il avait l'intention de reconsidérer sa communication du 28 août 2012, par laquelle il avait ouvert le droit à des mesures médicales sous le couvert du chiffre 405 OIC, et de l'annuler, estimant qu'elle était manifestement erronée. A cet égard, il a exposé que le dossier médical manquait d'éléments probants pour admettre que les symptômes de l'autisme étaient manifestes avant la fin de la cinquième année de vie. Il aurait dû étudier le chiffre 403 (oligophrénie congénitale) qui est le diagnostic de base et non pas l'infirmité

congénitale 405 (autisme), étant précisé qu'avec un retard mental, des troubles autistiques pouvaient effectivement être présents mais qu'il ne s'agissait alors pas du diagnostic de base.![endif]>![if> 17. Le 6 février 2014, l'OAI a fait savoir au père de l'enfant qu'il avait l'intention de rejeter la demande de prolongation de la prise en charge pour la physiothérapie et l'ergothérapie. ![endif]>![if> 18. Par décision du 24 février 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 janvier 2014. ![endif]>![if> 19. Par courrier du 25 février 2014, le père de l'enfant a contesté le projet de décision du 6 février 2014 de l'OAI, en concluant à ce qu'il reconnaisse que l'ergothérapie constituait une thérapie selon le chiffre 405 OIC, et prolongeât la prise en charge de cette mesure médicale. Il a également sollicité des renseignements complémentaires. ![endif]>![if> 20. Après que l'OAI a octroyé au père de l'enfant un délai supplémentaire pour faire valoir ses arguments, celui-ci a fait valoir le 4 mars 2014 que l'opinion du médecin-conseil était fondée sur une analyse incomplète. ![endif]>![if> 21. Par acte du 17 mars 2014, les parents de l'enfant ont recouru contre la décision du 24 février 2014, en concluant à son annulation. Ils ont relevé que le projet de décision ne faisait aucune référence à la non-prolongation de la prise en charge des frais de physiothérapie et d'ergothérapie. Ils n'avaient ainsi pas été conscients du fait que les frais liés aux deux thérapies ne pouvaient pas être financés sous le couvert du chiffre 405 OIC ni sous le couvert du chiffre 403 OIC. Le système de l'OIC et son interprétation leur paraissaient extrêmement mal adaptés aux besoins objectifs de l'enfant. Par ailleurs, les symptômes autistiques étaient manifestes avant la fin de la cinquième année de vie de l'enfant. Il résultait de la consultation de neuropédiatrie du 30 août 2012 que de fréquentes stéréotypies, notamment de la tête avec des mouvements fréquents de rotation et d'hyperextension de la nuque étaient notées. En octobre 2013, la persistance d'un grand nombre de stéréotypies avait également été observée. Il y avait aussi un lien direct entre le handicap visuel de l'enfant et le résultat d'une ergothérapie régulière. Lors de la consultation pédiatrique du 17 octobre 2011, des stéréotypies associées à des difficultés visuelles, correspondant à des troubles du spectre autistique, et au ch. 405 OIC avaient été constatées. Le refus de prolongation des frais d'ergothérapie allait directement dans le sens opposé de l'objectif de l'assurance-invalidité qui était de promouvoir le développement d'une autonomie chez l'enfant. ![endif]>![if> 22. A l'appui de leur recours, les recourants ont annexé un rapport de mars 2006 du Learning inc. aux Philippines faisant état d'un comportement stéréotypé de l'enfant.![endif]>![if> 23. Par décision du 18 mars 2014, l'OAI a rejeté la demande de prolongation pour la prise en charge de la physiothérapie et l'ergothérapie. ![endif]>![if> 24. Par écriture du 26 mars 2014, les recourants se sont déclarés disposés à soumettre l'enfant à un examen sous narcose, afin de faire un examen réfractif complet et un status ophtalmologique dans de meilleures conditions afin de savoir si les cataractes devaient être opérées, conformément au rapport du 2 octobre 2013 du Dr H_____, ophtalmologue au centre ophtalmologique de Rive. ![endif]>![if> 25. A la même date, les parents de l'enfant ont également recouru contre la décision du 18 mars 2014, en concluant à la jonction de ce recours au précédent. Sur le fond, ils ont repris la motivation et les conclusions du précédent recours.![endif]>![if> 26. Dans sa réponse du 10 avril 2014 au premier recours, l'intimé a conclu à son rejet. La distinction entre le ch. 405 et le ch. 403 OIC était d'importance, dans la mesure où l'atteinte répertoriée sous ce dernier chiffre ne permettait pas la prise en charge des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, puisque seul le traitement du comportement éréthique ou apathique était concerné. En cas de troubles du spectre autistique, les mesures médicales étaient octroyées quand les symptômes nécessitant un traitement s'étaient manifestés avant

l'accomplissement de la cinquième année, soit en l'occurrence avant le 27 juillet 2005. Or, aucun élément ne permettait d'admettre que tel avait été le cas. En effet, le rapport de l'école spécialisée à Manille était daté de mars 2006, soit lorsque l'enfant était âgé de presque six ans. L'intimé a en outre considéré que le traitement sollicité avait pour objet le traitement de l'affection comme telle qui n'était pas à la charge de l'assurance-invalidité d'autant moins que la durée de ces mesures médicales ne pouvait pas être prévue de manière précise. Or, selon la jurisprudence, il était indispensable que la durée du traitement fût prévisible et limitée dans le temps. En ce qui concerne les troubles visuels, ils nécessitaient des opérations, mais non pas de l'ergothérapie. ![/endif]>![if> 27. Dans ses écritures du 28 avril 2014, l'intimé a conclu au rejet du deuxième recours et à la jonction des deux causes.![endif]>![if> 28. Par écriture du 1^{er} mai 2014, les recourants ont persisté dans leurs conclusions du premier recours. Leur fille avait suivi divers programmes thérapeutiques depuis les diagnostics médicaux initiaux obtenus à Ottawa et à Munich dès son sixième mois de vie. Elle présentait un comportement stéréotypé relevant du spectre autistique et des cataractes antérieures et postérieures bilatérales. Ils ont en outre critiqué la classification des infirmités congénitales. Enfin, le Foyer Clair-Bois où l'enfant était suivi, n'était pas structuré pour offrir des prestations à la charge des assurances-maladie. Or, il serait absurde de sortir l'enfant de ce foyer pendant la journée pour lui faire suivre l'ergothérapie et la physiothérapie par un autre fournisseur de prestations. ![/endif]>![if> 29. Le 21 mai 2014, les recourants ont fait parvenir à la chambre de céans le rapport du 20 mars 2014 du Dr D_____, tout en persistant dans leurs conclusions. Selon ce médecin, le diagnostic d'autisme semble avoir été réfuté pour des raisons peu compréhensibles. Par ailleurs, il était nécessaire de déterminer avec plus de précisions l'étendue de la délétion 3P 25, notamment si celle-ci incluait les gènes de la maladie de Von Hippel Lindau. Sur le plan pratique, ce médecin a encouragé la suite de la prise en charge ergothérapeutique pour favoriser l'autonomie de C_____. ![/endif]>![if> 30. Par ordonnance du 17 juin 2014, la chambre de céans a joint les deux recours sous le numéro de cause A/796/2014. ![/endif]>![if> 31. Le 19 août 2014, le Dr D_____ a répondu aux questions posées par la chambre de céans. Il a en premier lieu contesté que les troubles autistiques fussent consécutifs au retard mental. Il s'agissait de deux problématiques souvent associées, mais distinctes. Il y avait des enfants avec une déficience intellectuelle sévère sans autisme, par exemple pour la trisomie 21, des enfants porteurs à la fois de retard mental et d'autisme (syndrome du x fragile) et enfin des enfants avec des troubles autistiques mais sans retard mental, faisant même preuve parfois d'excellentes capacités de raisonnement. Il n'y avait donc aucun lien de cause à effet entre les deux problématiques neuro-développementales. En l'occurrence, il y avait des traits autistiques francs qui, bien qu'en amélioration en termes d'interaction sociale, étaient bel et bien présents et n'étaient pas apparus « par miracle » à l'âge de cinq ans. Ils ont émergé dès les premières années de vie, comme le soulignait aussi le courrier des parents mentionnant l'existence très tôt de stéréotypies motrices et de comportements répétés, caractéristiques classiques de l'autisme infantile. Conjointement, l'enfant présentait des troubles visuels secondairement entravés par une ptose palpébrale bilatérale sévère. L'utilité du travail des ergothérapeutes en institution était depuis longtemps reconnue. Plusieurs observations sur le long terme montraient que peu à peu, des améliorations, même modestes, pouvaient être objectivées chez les enfants et adolescents avec déficiences intellectuelles sévères, et que la qualité de vie et l'autonomie étaient améliorées. A cet égard, il ne contestait pas le refus de prise en charge de la physiothérapie, mais uniquement celle de l'ergothérapie. Quant à la durée des traitements, il

était difficile de se prononcer sur cette question. Les traitements pouvaient être stoppés et devaient l'être en cas de stagnation évidente, mais aussi parfois repris, le cas échéant par exemple si des discussions autour de moyens auxiliaires émergeaient.![endif]>![if> 32. Dans sa détermination du 3 septembre 2014, le Dr E_____ du SMR a relevé que le syndrome dysmorpho-génétique sur délétion 3P n'était pas connu pour occasionner un autisme. Par ailleurs, le Dr D_____ avait omis de préciser que les patients avec retard mental sévère présentaient des symptômes ressemblant à l'autisme, sans pour autant souffrir d'autisme. Dans cette hypothèse, la cause première des traits autistiques était le retard mental, de sorte que l'efficacité du traitement dans ce cas était très sujette à caution. Enfin, la bonne interaction sociale dont avait fait état le Dr D_____ dans son rapport du 13 septembre 2011, parlait clairement en défaveur d'un autisme, de sorte que les stéréotypies constatées devaient être considérées comme des symptômes du retard mental. ![endif]>![if> 33. Dans sa détermination du 19 septembre 2014, les recourants ont rappelé que leur fille était suivie en physiothérapie et ergothérapie depuis sa deuxième année de vie. Les symptômes autistiques étaient déjà manifestes à cet âge. Avant le troisième anniversaire de l'enfant, la famille a déménagé au Rwanda. De ce fait, il était difficile d'obtenir un rapport médical spécialisé ou autre constat concernant les symptômes que l'enfant présentait alors. Il y avait enfin un lien direct entre le handicap visuel et les résultats d'une ergothérapie régulière. ![endif]>![if> 34. Dans sa détermination du 22 septembre 2014, l'intimé s'est rallié aux explications de l'avis médical du SMR du 3 septembre 2014.![endif]>![if> 35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). ![endif]>![if> 3. L'objet du litige est la question de savoir si l'enfant des recourants a droit aux mesures médicales sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie. ![endif]>![if> 4. Selon 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 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).![endif]>![if> Selon l'art. 1 de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 (OIC ; RS 831.232.21), sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI 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 (al. 1). Les infirmités congénitales sont énumérées dans la liste en annexe. Le Département fédéral de l'intérieur peut adapter la liste chaque année pour autant que les dépenses supplémentaires d'une telle adaptation à la charge de l'assurance n'excèdent pas trois millions de francs par an au total (al. 2). Selon l'art. 2 OIC, le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, mais au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant (al. 1). Lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe est nécessaire, le droit prend naissance au début de l'application de cette mesure; il s'étend à toutes les mesures médicales qui se

révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale (al. 2). 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 (al. 3). Sous le chapitre XVI n° 405 de la liste des infirmités congénitales (Maladies mentales et retards graves du développement) sont cités les troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. Sous le ch. 403, est citée l'oligophrénie congénitale. Toutefois, les mesures médicales ne sont prises en charge que pour le traitement du comportement érétrique ou apathique. 5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Ces considérations valent également pour déterminer le droit aux prestations médicales. 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. A 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 125 V 351 consid. 3). 6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 7. En l'espèce, une oligophrénie congénitale doit être admise, l'enfant souffrant d'un retard mental sévère. Néanmoins, cette infirmité congénitale ne donne droit aux mesures médicales que s'il s'agit de traiter un comportement érétrique ou apathique de l'enfant. Or, en l'occurrence, il n'est pas contesté que l'enfant ne présente pas un tel comportement. Par conséquent, cette infirmité congénitale ne peut pas justifier une physiothérapie et une ergothérapie. En ce qui concerne les troubles du spectre autistique, il ressort de tous les rapports que l'enfant présente de nombreuses stéréotypies. De tels troubles font en principe partie du spectre autistique au sens du ch. 405 OIC. Cela est cependant contesté par le Dr E_____ qui estime qu'il ne s'agit non pas de troubles autistiques mais de symptômes ressemblant à ceux présents dans l'autisme et que le diagnostic primaire est un retard mental sévère. En outre, il

n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que ces troubles sont apparus avant l'âge de cinq ans, selon ce médecin. Le Dr D_____ expose à cet égard qu'il y a des enfants avec une déficience intellectuelle sévère sans autisme, par exemple pour la trisomie 21, des enfants porteurs à la fois de retard mental et d'autisme (syndrome du X fragile) et enfin des enfants avec des troubles autistiques mais sans retard mental, faisant même preuve parfois d'excellentes capacités de raisonnement. Il n'y a aucun lien de cause à effet entre les deux problématiques neuro-développementales. En l'occurrence, il y a des traits autistiques francs qui, bien qu'en amélioration en terme d'interaction sociale, sont bel et bien présents et n'ont pas surgi « par miracle » à l'âge de cinq ans, mais ont émergé dès les premières années de vie. Il appert ainsi qu'il y a deux avis médicaux opposés quant à la présence de troubles du spectre autistique. A cela s'ajoute que, selon l'intimé, il ne peut non plus être établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ces troubles sont le cas échéant apparus avant l'accomplissement de la cinquième année. S'agissant de questions relevant manifestement des compétences d'un spécialiste, la chambre de céans n'est pas en mesure de les trancher. En effet, il ne peut être considéré sans autres qu'une plus grande valeur probante devrait être attribuée à l'avis du médecin du SMR, d'autant moins que les avis des médecins de ce service ont varié avec le temps, sont même en partie contradictoires et que ces médecins n'ont jamais examiné l'enfant. De surcroît, il ne peut non plus être considéré que l'un des avis médicaux paraît plus convaincant que l'autre. Dans ces conditions, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale par un neuropsychiatre. Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour compléter l'instruction et, ceci fait, nouvelle décision. 8. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une expertise par un neuropédiatre, afin de déterminer si l'enfant est atteint de troubles du spectre autistique et, dans l'affirmative, si ceux-ci sont apparus, au degré de la vraisemblance prépondérante, avant l'accomplissement de la cinquième année. 9. Dans la mesure où l'intimé succombe, l'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, sera mis à sa charge. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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