

200.2017.244.AI

NIG/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 21 juin 2018

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier



A. _____
agissant par ses parents
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 13 février 2017

En fait:

A.

Le 15 août 2016, une demande de prestations (mesures médicales) de l'assurance-invalidité (AI) pour personnes assurées mineures datée du 10 août 2016 a été déposée auprès de l'Office AI Berne en faveur de A._____, né en 2004. Elle indiquait, comme atteinte à la santé, un trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), une dyslexie-dysorthographe mixte ainsi que des troubles exécutifs, existants depuis la naissance. La demande visait essentiellement la prise en charge d'un traitement d'ergothérapie tendant à pallier le déficit scolaire et la préparation du postscolaire en vue de l'intégration professionnelle. Elle mentionnait aussi la nécessité prochaine d'une acquisition d'un ordinateur portable et un besoin de médication (dossier [dos.] AI 1 p. 8). Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a notamment recueilli un rapport médical du 14 septembre 2016 de la spécialiste en pédiatrie traitant l'assuré, un complément au dit rapport daté du 24 octobre 2016, ainsi qu'un rapport de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) du 23 novembre 2016. En se fondant sur les informations obtenues, l'Office AI Berne a rendu une préorientation le 19 décembre 2016, rejetant la demande. A la même date, il a toutefois communiqué qu'il acceptait la prise en charge de l'ergothérapie du 1^{er} septembre 2016 au 30 septembre 2017. Par décision du 13 février 2017 confirmant la préorientation du 19 décembre 2016 à l'égard de laquelle aucune objection n'avait été formulée, l'Office AI Berne a rejeté la demande de l'assuré.

B.

Par acte du 2 mars 2017, l'assuré, agissant par ses père et mère, a recouru contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant implicitement à l'annulation de cette dernière ainsi qu'à la prise en charge par l'AI de mesures médicales. Dans sa réponse du 18 avril 2017, transmise au recourant par ordonnance du

lendemain, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le recourant n'a pas fait usage de son droit de réplique.

En droit:

1.1 La décision du 13 février 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit à la prise en charge par l'AI de mesures médicales pour le traitement de l'infirmité congénitale d'un trouble du comportement des enfants doués d'une intelligence normale (au sens du ch. 404 de l'annexe à l'ordonnance fédérale du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales [OIC, RS 831.232.21]). L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le droit aux mesures médicales en question. Est particulièrement invoqué le fait que le diagnostic de TDA/H a été posé avant l'âge de 9 ans et que le recourant présente tous les symptômes déterminants.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par les représentants légaux du recourant, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20], art. 19 al. 1 du code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC, RS 210] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 al. 1 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Les mesures médicales, au sens de l'art. 8 al. 3 let. a en corrélation avec les art. 12 et 13 LAI font partie de ces mesures de réadaptation.

2.2 L'art. 12 al. 1 LAI dispose que 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. L'al. 2 de la même disposition habilite le Conseil fédéral à délimiter les mesures prévues à l'al. 1 par rapport à celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle. A cet effet, il peut notamment préciser la nature et l'étendue des mesures incombant à l'assurance et régler la naissance et la durée du droit aux prestations.

2.3 D'après l'art. 2 al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), sont considérées 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.

2.4 Conformément à l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant (art. 3 al. 2 LPGA). Le Conseil fédéral établit une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (art. 13 al. 2 LAI). Avec l'art. 13 al. 2 LAI, la compétence a été donnée au Conseil fédéral de déterminer, parmi l'ensemble des infirmités congénitales médicalement reconnues, celles pour lesquelles des prestations de l'AI doivent être garanties (infirmités congénitales au sens de la LAI; ATF 122 V 113 c. 3a/cc). Le Conseil fédéral dispose ainsi d'une large marge d'appréciation législative (ATF 105 V 21; VSI 1999 p. 170 c. 2b). Les infirmités congénitales sont énumérées dans l'annexe à l'OIC (art. 1 al. 2 OIC).

Dans le cadre des prestations de l'AI, les infirmités congénitales occupent une place particulière, car d'après l'art. 8 al. 2 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle. Le but de réadaptation visé par ces mesures consiste à pallier les handicaps consécutifs à une infirmité congénitale, en tendant à résorber ou à atténuer ceux-ci (ATF 115 V 202 c. 4e/cc; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_664/2014 du 21 mai 2015 c. 2.2).

2.5 Sous le titre XVI "Maladies mentales et retards graves du développement", le ch. 404 de l'annexe à l'OIC (dans sa version en vigueur à partir du 1^{er} mars 2012, applicable en l'espèce et jugée conforme à la loi par le TF, voir TF 9C_622/2016 du 30 mars 2017 c. 4.2.1, 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 c. 4.1 et la jurisprudence citée), constituent notamment une infirmité congénitale les troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de

l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation (TDA/H, auparavant: "syndrome psycho-organique [SPO]", l'infirmité congénitale étant cependant demeurée la même malgré cette modification, voir arrêt du Tribunal administratif fédéral [TAF] C-1216/2012 du 13 janvier 2014 c. 4.6), lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année. De jurisprudence constante, le TF considère que ces deux conditions sont cumulatives et constituent des critères de reconnaissance propres à déterminer si le trouble est congénital ou acquis. L'absence d'au moins une de ces deux caractéristiques conduit à la présomption irréfragable qu'il n'y a pas d'infirmité congénitale au sens juridique (TF 9C_418/2016 du 4 novembre 2016 c. 4, 9C_419/2016 du 2 novembre 2016 c. 4.1 s. et la jurisprudence citée; voir aussi SZS 2012 p. 454-455 et SVR 2016 IV n° 2 c. 3.2). Il s'agit de conditions du droit à la prestation pour les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI auxquelles il ne peut être renoncé (TF 9C_435/2014 précité c. 4.1 s. et la jurisprudence citée, en particulier: ATF 122 V 113 c. 3c/bb).

2.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'Office AI Berne refuse les mesures médicales au motif que dans le cas du recourant, les conditions de la reconnaissance de son atteinte en tant qu'infirmité congénitale, au sens du droit de l'AI, n'étaient pas remplies avant son neuvième anniversaire. Face aux arguments du recours, dans sa réponse du 18 avril 2017, l'Office AI Berne précise que selon la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] concernant les mesures médicales de réadaptation de l'AI [CMRM], il ne suffit pas de poser un diagnostic qualifiant un TDA/H de SPO, mais qu'il faut encore prouver que tous les critères posés par le ch. 404 OIC étaient présents et qu'un traitement avait été entrepris avant l'âge de 9 ans. Or, l'Office AI Berne estime, selon l'appréciation de son SMR, que la pédiatre du recourant, en 2012, en se basant uniquement sur des observations cliniques, l'anamnèse et des questionnaires pour poser son diagnostic, n'a pas démontré l'existence de troubles de la perception, de la concentration et de la mémorisation antérieurs au neuvième anniversaire.

3.2 Pour sa part, dans son recours du 2 mars 2017, le recourant, par ses parents, demande une nouvelle étude du dossier en invoquant en substance que les arguments avancés par l'Office AI Berne ne sont pas valables, le diagnostic de TDA/H ayant selon lui bel et bien été posé avant ses 9 ans. Le recourant précise également qu'il présente tous les symptômes énumérés dans la décision, à savoir des troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, troubles de l'impulsion, troubles de la compréhension, troubles des fonctions perceptives et troubles de la faculté de concentration et de la mémorisation et que la pédiatre le traitant l'a également retenu dans les nombreux rapports qu'elle a produits.

4.

4.1 La teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2012 du ch. 404 annexe OIC, du ch. 404.5 CMRM et de son annexe 7 (nommée: "Directives médicales relatives aux ICI 404") reprend la pratique développée à partir de

l'ancienne version de ce chiffre, pratique qui avait déjà été formulée dans la lettre circulaire AI n° 298 du 14 avril 2011, devenue l'annexe 7 CMRM. En résumé, cette systématisation de la pratique de prise en charge de ces problématiques vise à garantir l'égalité de traitement dans les décisions. Cette uniformisation s'inscrit dans un contexte de multiplication des diagnostics de TDA/H selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par la Société américaine de psychiatrie (DSM-IV) et du trouble hyperkinétique selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, voir ch. F90). Le ch. 404 annexe OIC doit être considéré comme une construction de la médecine des assurances et n'est pas compatible avec les systèmes de classification précités (voir aussi à ce sujet: "complément / supplément aux directives" figurant à la fin de la lettre circulaire AI n° 298 et TF 9C_105/2013 du 8 juillet 2013 c. 4.4).

4.2 Selon la pratique administrative relative au ch. 404 annexe OIC (cette pratique, qui reprend la portée des pratiques précédentes, doit également être jugée conforme à la loi, voir ATF 122 V 113 c. 1b; TF 9C_419/2016 précité c. 6, 9C_105/2013 précité c. 2.2, 9C_932/2010 du 11 janvier 2011 c. 2.2), plusieurs symptômes doivent être réunis avant l'âge de 9 ans pour qu'une infirmité congénitale au sens de cette disposition soit retenue. Ceux-ci ne doivent pas nécessairement apparaître simultanément, mais peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Si jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans, seuls certains symptômes sont médicalement attestés, les conditions du ch. 404 annexe OIC ne sont pas remplies (ch. 404.2 et 404.5 CMRM, valable à partir du 1^{er} juin 2017 et applicable en l'espèce, voir c. 2.5). L'exigence du diagnostic médical cumulatif de toute une série de symptômes devant être apparus jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans vise également à différencier les problématiques présentes à la naissance accomplie de l'enfant (infirmités congénitales), dont la prise en charge par l'AI couvre les mesures médicales nécessaires au traitement (art. 13 al. 1 LAI) des atteintes "acquises" survenues par la suite, dont le traitement de l'affection comme telle n'est pas assumé par l'AI (art. 12 al. 1 LAI), mais par l'assurance-maladie dont le caractère obligatoire est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1996 (ATF 122 V 113 c. 2a; ch. 404.2 CMRM). Le rôle du SMR, le cas échéant à

l'aide d'examens complémentaires, n'est pas d'estimer les besoins thérapeutiques mais de déterminer quelle est l'assurance compétente (ch. 1.1 et 2.2 annexe 7 CMRM).

4.3 Une première reconnaissance de la problématique en tant qu'infirmité congénitale selon le ch. 404 annexe OIC est aussi possible après l'âge limite moyennant la preuve qu'un diagnostic a été posé et un traitement médical entrepris avant cet âge (ATF 122 V 113 c. 2e; TF 9C_933/2015 du 9 juin 2016 c. 2.2, 8C_23/2012 du 5 juin 2012 c. 5.2.2, avec les références; voir aussi VGE IV/2014/1163 du 20 janvier 2015 c. 3.3). Pour poser un diagnostic, il ne suffit pas de qualifier de SPO une symptomatique de TDA/H; il faut aussi prouver par un examen que les critères indiqués au ch. 404.5 CMRM sont satisfaits (ch. 1.3 annexe 7 CMRM). Le simple soupçon d'un diagnostic ne suffit pas (TF 8C_23/2012 précité c. 5.1.1, 8C_300/2007 du 14 janvier 2008 c. 2.2 et les références citées). Le diagnostic doit être établi de manière compréhensible, conformément à l'annexe 7 CMRM (ch. 404.6 CMRM). Selon cette dernière, l'infirmité congénitale 404 est un diagnostic qui procède par élimination, de sorte qu'il faut d'abord exclure une pathologie acquise (dans la petite enfance), qui pourrait être la cause d'un SPO (traumatisme cérébral, encéphalite), puis divers troubles psychiatriques acquis ou réactionnels pouvant aboutir à un syndrome ressemblant au TDA/H (notamment négligence précoce, maltraitance, troubles de l'attachement, facteurs de stress émotionnel et/ou psychique dans un contexte social lourd). Dans les rapports médicaux, il est donc très important d'expliquer, par une anamnèse précise, des descriptions illustrant les résultats, des tests psychométriques (intelligence) et des éléments de diagnostic différentiel, qu'il n'y a pas d'étiologie acquise. Le rapport doit exposer clairement que les critères d'un TDA/H (selon le DSM-IV / la CIM-10, y compris la durée de la symptomatique) sont remplis, de même que les critères "impulsion et concentration" énoncés au ch. 404.5 CMRM; que la symptomatique (selon le DSM-IV / la CIM-10) se manifeste dans plusieurs domaines de la vie; qu'il y a des troubles instrumentaux spécifiques des fonctions perceptives (troubles de la perception et de l'attention, selon le ch. 404.5 CMRM) documentés par un examen de l'enfant (tests psychologiques); qu'il y a un trouble du comportement, c'est-à-dire de

l'affectivité et/ou du contact; qu'à l'issue du diagnostic différentiel, on peut exclure d'autres troubles psychiatriques comme étiologie principale de la pathologie (ch. 2.2 annexe 7 CMRM). Les tests utilisés doivent être standardisés conformément aux principes reconnus par la psychologie appliquée. Les tests non standardisés et non validés ne peuvent pas, à eux seuls, satisfaire avec certitude aux critères de reconnaissance énoncés au ch. 404.5 CMRM (ch. 2.3 annexe 7 CMRM). Il faut donc prouver qu'il existe des troubles à différents niveaux et que la cause n'est pas simplement réactionnelle (voir aussi: "complément / supplément aux directives" figurant à la fin de la lettre circulaire AI n° 298).

4.4

4.4.1 En l'espèce, dans son rapport du 14 septembre 2016, requis par l'Office AI Berne, la médecin traitant le recourant a indiqué avoir établi le diagnostic de TDA/H pour la première fois en juin 2012, se référant dans ce contexte à l'infirmité congénitale ch. 404 annexe OIC (dos. AI 8 p. 1). Elle a mentionné la "persistance de grandes difficultés" ainsi qu'une dyslexie et une dysorthographe "rendant la vie scolaire [du recourant] bien compliquée" (dos. AI 8 p. 2). Dans le second rapport demandé par l'Office AI Berne, du 24 octobre 2016, cette spécialiste a encore expliqué qu'une évaluation du QI avait été réalisée en avril 2012 et qu'elle "faisa[i]t suspecter déjà un déficit d'attention" (dos. AI 11 p. 6). Cette dernière a également indiqué avoir posé le diagnostic de TDA/H sur la base du résultat d'une consultation du recourant auprès d'un pédiatre de l'abandon/adoption en 2012, des questionnaires remplis par les parents (le 3 juillet 2012; dos. AI 13 p. 4) ainsi que par les enseignants du recourant (le 16 novembre 2016; dos. AI 13 p. 10), de même qu'en se fondant sur "diverses discussions". Elle a encore ajouté que la mise en place efficace d'un traitement avait aussi permis de démontrer que le recourant souffrait de ce trouble, précisant enfin qu'étant spécialisée, elle n'effectuait pas de tests particuliers (dos. AI 13 p. 2).

4.4.2 Cela étant, force est de constater qu'il n'existe formellement aucun rapport médical émanant de cette spécialiste qui établit qu'avant l'accomplissement de la neuvième année du recourant, un diagnostic de TDA/H conforme aux critères de la CIM-10 ou du DSM-IV avait déjà été

mentionné, en relation avec le ch. 404 annexe OIC, en le motivant et en démontrant que la problématique que présente le recourant est congénitale et non acquise. Par ailleurs, il ressort des lignes de la pédiatre traitante que le diagnostic n'a pas été posé sur la base de tests standardisés et validés (hormis le test de QI WISC IV réalisé par une psychiatre/psychothérapeute d'enfants et adolescents; voir dos. AI 2 p. 1 et le registre des professions médicales publié à l'adresse: www.medregom.admin.ch), mais en se fondant sur des "tests de la vie quotidienne", des informations sur la scolarité du recourant et des questionnaires en partie non homologués (dos. AI 11 p. 7). De plus et bien que leur date ne soit pas déterminante en tant que telle (TF 8C_23/2012 précité c. 5.2, 9C_933/2015 précité c. 2.2), il appert que le questionnaire adressé aux enseignants sur lequel s'est basée la pédiatre du recourant repose sur des constatations recueillies après l'accomplissement de la neuvième année. Il en va de même du rapport du 6 décembre 2013 du spécialiste en pédiatrie de l'abandon/adoption (dos. AI 13 p. 12), qui ne se rapporte qu'à une rencontre dans le cabinet de la pédiatre traitante. De plus, la date de l'entrevue n'est pas spécifiée, mais apparaît être elle aussi ultérieure à la neuvième année révolue du recourant. Le rapport neurologique du 1^{er} juin 2016 repose également sur des constatations faites après l'âge limite (dos. AI 2 p. 1 ss). Dans ces conditions, les éléments qui ressortent du dossier ne permettent aucunement d'exclure que les troubles en cause ne soient pas congénitaux mais acquis. En particulier, selon la demande du 10 août 2016, l'atteinte est notamment due au fait que le recourant a été abandonné à l'âge de 8 mois, qu'il a subi un stress post-traumatique de ce fait, de même qu'en raison de son placement dans un orphelinat (dos. AI 1 p. 6). Rien ne conduit par conséquent à pouvoir écarter que ces facteurs soient ceux qui ont conduit aux troubles attestés par la médecin traitant le recourant (ce que celle-ci reconnaît d'ailleurs implicitement en mentionnant que le trouble est "en partie lié à son histoire d'adoption [...]"; dos. AI 11 p. 6). Ils se rapprochent d'ailleurs sensiblement de ceux cités par la CMRM pouvant aboutir à un syndrome ressemblant à un TDA/H (voir c. 4.3). Ces facteurs sont cependant tous postérieurs à la naissance, de sorte qu'on ne peut admettre qu'ils ont conduit à une infirmité congénitale (voir art. 3 al. 2 LPGA).

4.4.3 Aussi, on relèvera que matériellement, bien qu'il soit fait état d'un manque d'estime de soi (dos. AI 13 p. 13 et p. 4), de provocations et d'insécurités (notamment affectives; dos. AI 11 p. 6), le rapport neurologique du 1^{er} juin 2016 précise qu'à l'école "le comportement social est bon" (dos. AI 2 p. 1). Les questionnaires remplis par les parents et les enseignants ne font en outre pas état d'un état malheureux, ni d'une mauvaise intégration, bien au contraire (dos. AI 13 p. 5 et p. 9 s.). Ces constatations tendent à plaider à l'encontre de l'existence d'un trouble du comportement au sens de troubles nets de l'affectivité et/ou du contact, selon le ch. 2.1.1 annexe 7 CMRM. De même, la présence d'un trouble de l'impulsion, qui selon les directives médicales se manifeste soit sous une forme de déficit, soit sous une forme d'excès (voir annexe 7 CMRM, ch. 2.1.2) ne ressort pas explicitement du dossier, le recourant présentant plutôt des traits de caractère correspondant à ces deux tendances à la fois (dos. AI 13 p. 5, 7 et 9). Un déficit avéré de la perception visuelle ou auditive n'est pas non plus démontré, de sorte qu'on ne peut non plus reconnaître un trouble de la perception au sens du ch. 2.1.3 annexe 7 CMRM. Enfin, l'existence d'un trouble de la concentration ou de l'attention (dans le sens où l'entendent les ch. 2.1.4 et 2.1.5 annexe 7 CMRM) n'est pas non plus documentée matériellement sous la forme de résultats de tests. A ce propos, la pédiatre traitant le recourant ne fait état que d'une diminution de l'attention, sans démontrer ou expliquer par l'un des nombreux tests recommandés par la CMRM, qu'il existe une véritable atteinte de la mémoire ou encore une baisse des performances visuelles ou auditives. En outre, même si la demande du 10 août 2016 évoque que le recourant nécessite un traitement médicamenteux pour "fonctionner adéquatement dans sa vie quotidienne et scolaire" (dos. AI 1 p. 8), la pédiatre s'exprime essentiellement sur les manifestations des problèmes rencontrés par le recourant dans ce dernier domaine, sans vraiment relever d'implication dans les autres domaines de la vie (il en va d'ailleurs également ainsi du rapport neurologique du 1^{er} juin 2016; dos. AI 2 p. 2). Enfin, même s'il relativise ce résultat par le fait que le recourant était sous traitement médicamenteux lors des tests y relatifs, on relèvera que le rapport neurologique du 1^{er} juin 2016 atteste des bonnes capacités du recourant en expression, en compréhension orale, en apprentissage, en rétention (verbale et non verbale) de même qu'en raisonnement et en

visuo-construction, soulignant aussi que le recourant dispose de bonnes capacités attentionnelles et cognitives. Il ne fait état que de "quelques faiblesses en mémoire immédiate", de "légères difficultés exécutives" et de "quelques difficultés au niveau des lettres", allant jusqu'à remettre en cause le diagnostic de TDA/H posé par le passé (dos. AI 2 p. 2).

4.4.4 Dès lors, au regard de tout ce qui précède et bien que les qualifications professionnelles de la pédiatre du recourant ne soient aucunement remises en cause, il apparaît qu'aucun diagnostic n'a été posé conformément aux exigences légales avant l'accomplissement de la neuvième année du recourant. En effet, il y a à tout le moins lieu de reconnaître que les symptômes exigés par le ch. 404.5 CMRM ne se sont pas tous manifestés à ce jour et donc, a fortiori, avant l'âge limite, contrairement à l'avis du recourant. On est également forcé d'admettre, sans en nier l'importance, que les troubles présentés par le recourant n'atteignent pas le niveau de gravité exigé par la pratique administrative (voir ch. 2.1.1 ss annexe 7 CMRM), quand bien même ils nécessitent beaucoup d'attention de la part des proches qui les ont remarqués et s'emploient à les soigner depuis des années (la mère du recourant étant elle-même ergothérapeute; dos. AI 11 p. 7 et 13 p. 13). Partant, le diagnostic ne remplit pas matériellement les exigences des directives médicales relatives à l'infirmité congénitale du ch. 404 de l'annexe OIC, au sens de l'annexe 7 CMRM. De surcroît, malgré les explications complémentaires et les pièces produites en procédure par la médecin traitant le recourant (en particulier le rapport neurologique du 1^{er} juin 2016), qui a du reste indiqué ne pas pouvoir fournir d'autres éléments d'explication (voir dos. AI 13 p. 2), il ne peut pas non plus être établi à un degré de vraisemblance prépondérante que le recourant présentait bien tous les symptômes déterminants avant l'accomplissement de sa neuvième année. Il en découle que, selon les règles applicables en AI, le caractère à prédominance congénitale de l'atteinte ne peut être reconnu. Du reste, les indications fournies au dossier relatives à l'histoire médicale, notamment dans la demande de prestations, font mention de nombreux facteurs traumatiques susceptibles d'étayer une atteinte acquise après la naissance accomplie du recourant. Enfin, aucune autre infirmité congénitale n'entre en ligne de compte dans le cas d'espèce. Partant, le critère de

reconnaissance découlant de l'art. 13 LAI lié à l'existence d'un diagnostic antérieur au neuvième anniversaire fait défaut, de sorte que la symptomatique présentée par le recourant ne peut être qualifiée d'infirmité congénitale au sens de la LAI. Ce faisant, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si le second critère de reconnaissance est réalisé (l'existence d'un traitement ad hoc). C'est donc à bon droit que l'Office AI Berne a rejeté le droit du recourant à des mesures médicales sur la base de l'art. 13 LAI.

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté. Le recourant n'a pas droit à une prise en charge de mesures médicales au titre du traitement d'une infirmité congénitale, indépendamment des possibilités de réadaptation à la vie professionnelle (c. 2.4 ci-dessus).

A cet égard, il convient de relever que par sa communication du 19 décembre 2016 (datée du même jour que le préavis de la décision faisant l'objet du présent jugement), l'Office AI Berne a en revanche alloué la prise en charge de l'ergothérapie (revendication principale du recourant) pour une année, en soumettant cette prestation à révision, c'est-à-dire à un nouvel examen des conditions d'octroi à l'échéance prévue (selon ce que prévoit le ch. 32 CMRM lorsqu'il s'agit d'appliquer l'art. 12 LAI). Force est dès lors de constater que l'intimé a admis, à cette époque, que le recourant pouvait à tout le moins bénéficier de cette mesure médicale sur la base de l'art. 12 al. 1 LAI, non en tant que traitement de l'affection comme telle, mais en lien avec les nécessités d'une réadaptation à la vie professionnelle (c. 2.2 ci-dessus).

5.2 Le recourant qui succombe doit être condamné au paiement des frais judiciaires pour la présente instance, fixés forfaitairement à Fr. 500.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 108 al. 1 LPJA). Ceux-ci sont compensés avec son avance de frais.

5.3 Vu l'issue de la procédure, le recourant, n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPJA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par ses représentants légaux,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué, pour information (A):
 - à [...].

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).