

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1338/2015

ATAS/991/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 décembre 2015

9^{ème} Chambre

En la cause

Enfant mineur A_____ B_____, représenté par Madame _____ recourant
B_____, au GRAND-SACONNEX

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE _____ intimé
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Par demande du 13 février 2014, Madame B_____ a déposé une demande de prestations pour mineurs auprès de l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après OAI), exposant que son fils A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 2007, souffrait d'un trouble envahissant du développement, d'angoisses, de troubles relationnels et du comportement. Elle sollicitait une aide financière et la prise en charge des frais de transport et de thérapie.
2. Par rapport du 17 mars 2014, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a indiqué à l'OAI que les parents de l'assuré avaient décidé d'interrompre le traitement psychothérapeutique suite à une évolution partiellement favorable des troubles. Elle a ajouté que l'assuré présentait un tableau clinique correspondant au chiffre 404 OIC (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 9^{ème} année), mais que le diagnostic n'avait pas pu être confirmé par les tests spécifiques en raison notamment de l'instabilité et de l'agitation psychomotrice de l'assuré, incompatibles avec une collaboration adéquate pour la réalisation des tests.
3. Le 28 mars 2014, la mère de l'assuré a déclaré retirer sa demande de prestations, précisant avoir arrêté la thérapie car son fils n'était pas à l'aise avec la Dresse C_____ et pleurait pour ne pas aller à sa consultation.
4. En date du 26 mai 2014, la mère de l'assuré a déposé une nouvelle demande, signalant que son fils souffrait d'un trouble d'hyperactivité avec un déficit de l'attention.
5. Dans un rapport du 26 juin 2014, Madame D_____, psychologue, et la doctoresse E_____, spécialiste FMH en pédiatrie, ont indiqué que l'assuré, un enfant intelligent avec un grand cœur et en bonne santé habituelle, présentait un trouble du comportement qui s'aggravait, une énurésie secondaire occasionnelle, parlait ou pleurait dans son sommeil, faisait des cauchemars ou avait des terreurs nocturnes, sans s'en souvenir le lendemain. Depuis une année, il était insupportable, fatigant et insolent, répondait systématiquement et s'opposait à tout. À l'école, il devait être recadré et occupé en permanence. Selon l'anamnèse, la grossesse avait été compliquée par des difficultés de couple et une violence conjugale. Les parents de l'assuré, tous deux actuellement sans emploi, s'étaient séparés assez tôt et l'assuré voyait son père une partie des vacances scolaires et un weekend sur deux. Le père avait abusé de substances illicites dans le passé, mais cela allait dorénavant mieux. La mère avait surmonté des difficultés psychosociales magistrales, était suivie et traitée pour une personnalité borderline, la grand-mère était dépressive et le frère de l'assuré, âgé de 8 ans, était anxieux. Dès la première confrontation avec les limites en milieu scolaire, l'assuré s'était trouvé en difficulté. Les examens général et neurologique étaient sans particularité. En revanche, à l'examen neuromoteur,

l'assuré s'était montré d'emblée opposant, en mouvement perpétuel, incapable de s'occuper seul pendant l'anamnèse, interrompant volontiers et dérangeant, provocateur et colérique. Il parvenait cependant à se calmer lorsqu'on lui donnait une activité à faire et était alors plus collaborant et même persévérant. Lors de l'examen, il montrait une certaine impulsivité, était toujours en mouvement sur sa chaise, mais relativement agile, souvent hypervigilant, ou facilement distractible. Il était pénalisé par une mauvaise organisation du regard dans l'espace et confondait certaines lettres de l'alphabet. Il s'ennuyait vite quand les tâches étaient trop faciles et ne perséverait pas quand les items étaient plus compliqués. Il montrait une attention fluctuante, était peu collaborant, impulsif dans ses réponses et très compétiteur. Les résultats au WISC-IV montraient un score de 90 pour la compréhension verbale, 99 pour le raisonnement perceptif, 94 pour la mémoire de travail et 109 pour la vitesse de traitement. L'assuré présentait un profil homogène avec un score total de 96. Pour la compréhension verbale, il se situait dans la norme et les scores obtenus dans les épreuves étaient hétérogènes. En effet, au subtest « vocabulaire », il avait trouvé peu d'intérêt et obtenu un score de 5 alors qu'il se trouvait dans la moyenne pour les autres tests. Dans le raisonnement perceptif, il se situait dans la norme et les scores étaient homogènes. Lors de la réalisation des épreuves, l'assuré s'était montré impulsif et compétiteur, répondant le plus rapidement possible et demandant si ses réponses étaient correctes. Durant l'épreuve des cubes, il avait demandé à chaque fois le temps qu'il avait mis. Pour la mémoire du travail, il était également dans la moyenne, mais les scores étaient très différents pour les deux épreuves qui composaient cette échelle. Ainsi, l'assuré appréciait la mémoire des chiffres lorsqu'il s'agissait de répéter dans l'ordre direct, répondant rapidement et avec le sourire, alors qu'il était moins motivé dans l'ordre inversé. De même, il avait peu envie de participer pour la séquence des lettres-chiffres. Le test de vitesse de traitement était dans la moyenne et les scores homogènes. S'agissant du langage, il était relevé que la communication posait parfois des problèmes, notamment lorsque l'assuré était opposant. Il parlait sans arrêt, comme pour se stimuler et n'écoutait pas les consignes jusqu'au bout. Il ne parvenait pas à mettre des mots sur ses sentiments, avait de la peine à verbaliser ses émotions et s'était même montré agressif avec sa mère quand il était frustré. En conclusion, l'assuré présentait un tableau compatible avec un syndrome d'hyperactivité, un déficit d'attention et un trouble oppositionnel. La poursuite de la psychothérapie était essentielle et un traitement médicamenteux préconisé.

6. Par rapport du 7 août 2014, la Dresse E_____ a retenu le diagnostic d'hyperactivité avec un déficit de l'attention et signalé une infirmité congénitale, soit OIC 404 (F.90.0). Le traitement en cours, lequel consistait en la prise de Strattera (à l'essai depuis un mois) ou de Ritaline durant toute l'année et en un suivi de psychothérapie une à deux fois par semaine, avait permis une amélioration de l'état de santé.

La pédiatre a joint à son rapport le formulaire qu'elle avait rempli le même jour concernant l'infirmité congénitale OIC 404, mentionnant que l'assuré souffrait simultanément de troubles de la concentration et de la faculté d'attention, mais pas de troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, ni de troubles des pulsions, ni de troubles de la perception (troubles perceptifs et cognitifs). En outre, il avait une intelligence normale, n'avait pas souffert d'abandonisme de la petite enfance ni de maladie grave du cerveau. Elle a ajouté que la situation psychosociale était complexe dans l'environnement, qu'il existait une séparation parentale houleuse générant beaucoup d'anxiété chez l'assuré dont le comportement était très difficile à gérer pour l'entourage et à l'école. Sur la base de l'anamnèse, de l'observation clinique et d'un test WISC-IV, était retenu le diagnostic d'hyperactivité et un traitement avait été instauré dès le 26 juin 2014.

7. Le docteur F_____, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), a considéré, dans un avis du 12 janvier 2015, que le chiffre OIC 404 ne pouvait pas être admis, dès lors qu'il n'y avait pas de troubles du comportement et de la perception, que l'intelligence décrite était normale et que les troubles de la faculté d'attention n'étaient pas décrits de manière satisfaisante.
8. Le 30 janvier 2015, l'OAI a informé la mère de l'assuré de son intention de refuser l'octroi de mesures médicales, faute de troubles du comportement et de la perception.
9. Dans un rapport daté du 16 janvier 2014 (recte 2015), reçu par l'OAI le 23 février 2015, la Dresse E_____ s'est étonnée de la position de l'OAI et a relevé qu'elle avait peut-être omis, par inadvertance, de mentionner que l'assuré présentait des troubles du comportement et de la perception. Elle a confirmé l'existence de troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, de l'impulsion, de la perception (troubles perceptifs et cognitifs), de la concentration et de la mémorisation.

Elle a transmis à l'OAI une attestation non datée de Madame G_____, psychologue et psychothérapeute, aux termes de laquelle l'assuré était suivi depuis septembre 2014 à raison d'une fois par semaine. L'observation clinique montrait que l'assuré souffrait d'un trouble du comportement qui pouvait s'accompagner d'une agressivité verbale avec des insultes, des cris et une agressivité physique envers l'adulte, accompagnée de coups de pieds et de gestes brusques. Il avait beaucoup de difficultés à accepter les règles et le cadre qu'on lui mettait et pouvait vite partir en crise. Il se laissait également distraire par des stimuli extérieurs et manquait de persévérance avec une tendance à passer rapidement d'une activité à l'autre. Il était difficile de capter son attention et il semblait souvent ne pas écouter quand on lui parlait directement. Il avait une hyperactivité motrice qui se manifestait par un besoin en séance de bouger continuellement, avait du mal à

rester assis, sortait de la salle et courait. Au vu de ces observations, il était essentiel qu'il bénéficie d'une psychothérapie entre une et deux fois par semaine.

10. Par rapport du 18 février 2015, la Dresse C_____ a résumé le bilan de son suivi thérapeutique du 28 août 2013 au 13 mars 2014. Après avoir mentionné le diagnostic de troubles mixtes des conduites et des émotions (F92.9), elle a relevé qu'à l'époque de l'investigation, elle avait d'emblée constaté une grande tension interne et une angoisse flottante, avec une tendance à l'impulsivité, à la brusquerie et une importante instabilité psychomotrice puisque l'assuré ne tenait pas longtemps sur un seul jeu ou une seule activité. Elle a fait état d'un important état d'agitation et d'excitation psychomotrice associée à des débordements émotionnels qui nécessitaient un encadrement. La relation établie avec l'adulte était de préférence duelle, avec une grande appétence et un besoin d'exclusivité, tout en ignorant le tiers. En même temps, il avait de la peine à trouver la bonne distance relationnelle (passages constants entre l'opposition/la provocation et le collage à l'autre) et avait constamment besoin de tester le cadre, la qualité et la continuité de cette même relation. On notait des angoisses de séparation massives et les premiers entretiens avaient dus se dérouler en présence de la mère. Ensuite, l'assuré avait eu tendance à quitter impulsivement la séance au moindre sentiment d'insécurité, de souci, de conflit ou d'angoisse. Il avait une mauvaise image de lui et présentait une fragilité émotionnellement importante, qui débordait fréquemment sur le plan corporel. Cela expliquait sa tendance à l'agitation psychomotrice et à l'impulsivité à la moindre émergence émotionnelle désagréable. Au niveau de la pensée, la frontière entre ce qui appartenait à son monde interne et à la réalité était très fragile et perméable. L'investissement de la relation thérapeutique était devenu plus favorable grâce à la régularité rassurante apportée par la psychothérapie. Son jeu symbolique s'était un peu plus organisé et développé, ce qui avait permis un début d'élaboration de certains de ses soucis et de ses angoisses. Par la suite, l'assuré avait moins eu tendance à présenter des comportements régressifs et des attitudes défensives d'omnipotence. Cependant, les acquis obtenus avec ce traitement restaient encore fragiles (capacité de représentation et d'élaboration mentale encore insuffisante). L'assuré pouvait encore être facilement envahi par un monde interne très angoissant ou par des émotions qu'il ne pouvait pas gérer lui-même et qui se déchargeaient physiquement. Vu l'instabilité psychique liée au fonctionnement, une psychothérapie individuelle à raison de deux séances par semaine avait été proposée et acceptée par les parents. Dans ce contexte thérapeutique régulier et stable, investi positivement par l'assuré, les troubles du comportement s'étaient partiellement améliorés. Il restait néanmoins très fragile sur le plan émotionnel, ce qui favorisait son impulsivité au moindre sentiment d'insécurité ou de conflictualité. Au mois de mars 2013 (recte 2014), suite à cette évolution partiellement favorable, mais surtout en désaccord avec la priorité à donner à la fréquence et à la régularité de la psychothérapie par rapport à d'autres besoins de l'assuré, la mère avait préféré arrêter le traitement.

11. Le 6 mars 2015, le Dr F_____ a maintenu son avis précédent, relevant l'absence de troubles évidents de la perception et de la mémoire à court terme. Il a noté en particulier que le raisonnement perceptif était dans la norme avec des scores obtenus dans les épreuves très homogènes, que l'épreuve des cubes semblait correcte. Concernant les troubles de l'attention dans le sens de la mémoire à court terme, la performance était fluctuante, mais pas vraiment pathologique. La mémoire des chiffres dans l'ordre direct était bonne, et le peu d'envie de participer aux tests relatifs aux chiffres dans l'ordre inversé et dans la séquence lettres-chiffres n'était pas une description évidente d'un trouble de la mémoire à court terme.
12. Par décision du 25 mars 2015, l'OAI a rejeté la demande de mesures médicales au motif que l'assuré ne présentait pas de troubles de la perception et de troubles de la mémoire à court terme évidents. Il a toutefois relevé que l'assuré était alors âgé de 7 ans et demi et que si les troubles précités apparaissaient avant la 9^{ème} année, la décision pourrait être reconsidérée ultérieurement.
13. Par acte du 22 avril 2015, l'assuré, soit pour lui sa mère, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant implicitement à l'octroi de mesures médicales. Elle a relevé qu'un bilan complémentaire effectué par une neuropsychologue des HUG avait confirmé le diagnostic maintes fois établis et que plusieurs tests et bilans avaient été réalisés par plusieurs professionnels qui arrivaient tous au même résultat.
14. Dans un rapport non signé du 22 avril 2015, Madame H_____, neuropsychologue en neuropédiatrie aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a rappelé que le recourant était traité par Strattera depuis août 2014 et suivi en psychothérapie en raison de troubles du comportement se manifestant par une grande impatience, une importante instabilité psychomotrice, une faible tolérance à la frustration, une impulsivité et un manque d'attention et de concentration. Depuis l'instauration des traitements, ces symptômes et leurs répercussions s'étaient significativement améliorés, mais des troubles résiduels persistaient, notamment l'impatience, le manque de tolérance face à la contrainte et la frustration, la distractibilité. Les épreuves réalisées sur le plan de l'attention (épreuve d'attention sélective soutenue en modalité visuelle « Continuous Performance Test») mettaient en évidence un profil général de réponses au CPT évocateur de difficultés significatives de mobilisation des ressources attentionnelles sur la durée (indice de confiance en faveur des troubles de l'attention à plus de 80%), avec des signes d'inattention (nombre d'omissions supérieur à la moyenne pour l'âge), des difficultés de maintien des ressources sur la durée (déclin marqué des performances au cours du temps, trop grande variabilité des réponses, augmentation du nombre d'erreurs sur la durée), ainsi que des difficultés de maintien de la vigilance (affaissement des performances quand le rythme de stimulation diminue). Dans la sphère mnésique (sous-tests « mémoire des chiffres » de la WISC-IV, « mouvements de main », « suite de mots » de la K-ABC-II), un empan de chiffre à l'endroit dans la moyenne pour l'âge (5), mais insuffisant à l'envers (empan de 2, soit -1.5), signe de la

persistance au niveau de la mémoire à court terme du déficit de la mémoire de travail. Les notes se situaient dans les normes inférieures dans les épreuves d'imitation de séquences gestuelles et de mémorisation à court terme de suites de mots. Sur le plan perceptif et visuo-moteur (sous-test « précision visuo-motrice » de la NEPSY), un score standardisé inférieur à la moyenne pour l'âge dans une tâche de précision visuo-motrice en raison d'un style privilégiant très nettement la rapidité à la précision du tracé (grand nombre d'erreurs). En conclusion, les données révélées par ce complément de bilan confirmaient pleinement le diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec une hyperactivité (TDAH ou TDA/H) et une impulsivité. Le recourant présentait en effet tant anamnestiquement que cliniquement et psychométriquement des difficultés d'autorégulation des ressources attentionnelles (soit une attention focalisée, une attention soutenue, une mémoire de travail à court terme), de l'impulsivité, de l'activité motrice, ainsi que des émotions qui avaient des répercussions négatives sur son adaptation sociale et familiale et nuisaient à son bien-être. En raison de l'atteinte de la perception des durées et des circuits cérébraux de récompense propre au syndrome dont il était porteur, le recourant présentait des difficultés de gestion des délais qui étaient à l'origine des comportements impulsifs qu'il présentait ainsi que de sa tendance à constamment rechercher des gratifications immédiates. La poursuite des traitements entrepris était préconisée. Était joint le rapport intitulé « Conners' Continuous Performance Test II (CPT II V.5) », rédigé en anglais et daté du 21 avril 2015.

15. En date du 23 avril 2015, la chambre de céans a reçu un nouveau rapport de la Dresse E_____, établi le 22 avril 2015. La pédiatre a diagnostiqué un problème d'hyperactivité avec un déficit d'attention, diagnostic qui ne faisait aucun doute et sur lequel tous les intervenants s'accordaient. Elle a mentionné que le recourant présentait tous les critères d'hyperactivité et d'impulsivité, ainsi qu'un déficit de l'attention qui le pénalisaient à l'école et dans sa vie sociale. Elle a ajouté que dans le cadre d'une précédente demande de prestations, elle avait, par erreur, omis de cocher la présence de troubles du comportement. Elle s'étonnait de l'avis du médecin-conseil de l'intimé car le cas du recourant était un cas propédeutique. Elle avait sollicité le docteur I_____, neuropédiatre aux HUG, lequel avait confirmé la problématique d'un TDAH et proposé la réalisation de nouveaux tests approfondis afin de démontrer que le recourant remplissait bien les critères diagnostiques mentionnés par l'intimé. Ces tests, particulièrement orientés sur la mémoire à court terme, l'attention et les troubles de la perception, avaient été effectués par Mme H_____ et confirmaient l'existence d'un TDAH. Il était inacceptable que le recourant soit privé d'un accès à des soins onéreux, mais efficaces, qui lui permettraient d'améliorer ses performances scolaires, ses compétences sociales et sa qualité de vie.
16. Dans sa réponse du 15 juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En substance, il a maintenu que le recourant présentait une intelligence normale, des troubles du comportement, des pulsions et

de la concentration, mais pas de troubles de la perception ni de la mémoire à court terme. S'agissant des troubles de la perception, lesquels étaient souvent faciles à prouver, ils n'étaient pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, le rapport des HUG d'avril 2015 ne se déterminait pas au sujet des performances visuelles ou auditives partielles ou spécifiques, alors qu'en 2014, le recourant présentait une acuité visuelle en ordre, de près et de loin, une sensibilité aux bruits normale et aucun problème de praxies et d'aspects visuo-spatiaux. Concernant les troubles de l'attention, le « signe de la persistance, au niveau de la mémoire à court terme, du déficit de la mémoire de travail » n'était pas suffisant pour admettre une description claire et complète d'un éventuel trouble de la mémoire à court terme. Partant, les conditions cumulatives pour admettre l'existence d'un OIC 404 n'étaient pas remplies. L'intimé a en outre relevé que le rapport des HUG du 22 avril 2015 n'était pas signé et que son auteur, Mme H_____, n'était pas médecin. De surcroît, le diagnostic n'était pas établi de manière compréhensible car il fallait d'abord exclure une pathologie acquise dans la petite enfance qui pourrait être la cause d'un syndrome psycho-organique, puis divers troubles psychiatriques acquis ou réactionnels pouvant aboutir à un syndrome ressemblant au TDAH, étant précisé qu'il existait des troubles du développement limités ou envahissants qui provoquaient les mêmes symptômes. Si l'on suspectait des troubles relevant de la pédopsychiatrie, il fallait faire appel à un spécialiste. Il était donc très important que les rapports expliquent, par une anamnèse précise, des descriptions illustrant les résultats, des tests psychométriques et des éléments de diagnostic différentiel, qu'il n'y avait pas d'étiologie acquise afin de démontrer que l'infirmité était congénitale. En l'occurrence, malgré le contexte social et familial lourds, l'analyse différentielle était absente. Par conséquent, la décision était maintenue, faute de rapport médical exposant clairement que les critères d'un TDAH étaient remplis, de même que les critères énoncés au chiffre 404.5 CMRM (impulsion et concentration), que la symptomatologie se manifestait dans plusieurs domaines de la vie, qu'il y avait des troubles instrumentaux spécifiques des fonctions perceptives (troubles de la perception et de l'attention) qui devaient être documentés par un examen de l'enfant (tests psychologiques), qu'il y avait un trouble du comportement (de l'affectivité et/ou du contact) et qu'à l'issue du diagnostic différentiel on pouvait exclure d'autres troubles psychiatriques comme étiologie principale de la pathologie.

17. Le recourant n'a pas fait usage de la possibilité de formuler des observations et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

-
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS/GE 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; ATF 112 V 356 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 25 mars 2015 refuse l'octroi de mesures médicales sollicitées en 2014, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA- RS/GE - E 5 10]).
5. L'objet du litige consiste à examiner si le recourant a droit à des mesures médicales, singulièrement s'il souffre d'une infirmité congénitale.
6. a. 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). 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.

b. L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC ; RS 831.232.21), arrêtée conformément à l'art. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201), 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 stipule 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).

c. Conformément au chiffre 404.2 de la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM, teneur valable à partir du 1^{er} janvier 2015), publiée par l'office fédéral des assurances sociales (ci-après OFAS), le trouble doit avoir été diagnostiqué, documenté et traité comme tel avant la 9^{ème} année. Les troubles acquis doivent être exclus du diagnostic.

Les premiers examens ne doivent pas être ordonnés ni entrepris par l'AI, car le traitement adéquat présuppose un diagnostic correctement établi. Les frais de traitement sont pris en charge seulement une fois l'infirmité congénitale reconnue, soit lorsque le diagnostic est établi de manière compréhensible, conformément à l'annexe 7 (chiffre 404.6 CMRM). Lorsque l'existence d'une infirmité congénitale a été constatée avec une vraisemblance prépondérante avant la limite d'âge ou s'ils ont été prescrits par l'office AI, les frais d'examens peuvent être pris en charge rétroactivement dans le cadre de l'art. 78 al. 3 RAI. Leur justification et leur intérêt médical doivent être vérifiés (chiffre 404.7 CMRM). Dans les cas sujets à caution relatifs à des enfants de moins de 9 ans révolus, la justification médicale des constats des médecins doit être vérifiée soigneusement et, au besoin, complétée par l'examen d'un spécialiste ordonné par l'office AI (chiffre 404.8 CMRM).

L'annexe 7 CMRM contient des directives médicales relatives aux infirmités congénitales 404. Il en ressort notamment que chez les jeunes enfants, le risque est donc d'aboutir à des résultats d'examen faussement positifs: les déficits qui semblent pouvoir être objectivés par des tests psychologiques sont influencés par la motivation et peuvent apparaître comme des troubles spécifiques du développement. En revanche, des résultats normaux, aussi chez les jeunes enfants,

sont très significatifs. Les tests sont conçus en effet de façon à ce qu'il soit impossible d'obtenir des résultats moyens ou supérieurs à la moyenne, c'est-à-dire normaux, par des réponses aléatoires. Si la réponse aux tests psychométriques est correcte, on peut en déduire avec une quasi-certitude que le domaine mesuré n'est pas perturbé. Toutefois, de bonnes performances obtenues avec une forte motivation dans la situation particulière et unique de la passation de test ne sont pas obligatoirement représentatives des performances habituelles dans un domaine particulier; elles peuvent dissimuler une faiblesse de certaines performances. Par conséquent, des résultats aux tests psychologiques inférieurs à la moyenne ou traduisant une situation nettement pathologique, comme des résultats normaux, voire bons, ne peuvent pas être considérés comme aussi significatifs que chez l'adulte, en raison de la composante motivationnelle, très importante chez le jeune enfant. Il en résulte qu'on ne peut poser un diagnostic sûr qu'à partir d'un certain âge ou d'une certaine maturité et qu'il faut attendre pour déposer une demande à l'AI. Tant que le diagnostic n'est pas confirmé, les mesures médicales nécessaires restent à la charge de l'assurance-maladie.

Concernant les critères de reconnaissance, les conditions du chiffre 404 OIC peuvent être considérées comme réunies si, avant l'âge de 9 ans, on constate au moins des troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, de l'impulsion et de la perception (troubles perceptifs), de la concentration et de la mémorisation. Ces symptômes doivent être présents cumulativement. Ils ne doivent cependant pas nécessairement apparaître simultanément; ils peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Si, le jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans, seuls certains de ces symptômes sont médicalement attestés, les conditions du chiffre 404 OIC ne sont pas remplies. Les SMR des offices AI doivent vérifier de manière critique et méticuleuse si les critères requis sont effectivement remplis et les attester clairement. Si nécessaire, ils demandent l'avis de spécialistes externes.

Il est notamment précisé, concernant les troubles de la perception que se trouvent au premier plan des déficits avérés de la perception visuelle et auditive, qui peuvent entraver l'acquisition du langage. Il n'y a trouble de la perception qu'en présence d'une baisse de certaines performances visuelles ou auditives partielles ou spécifiques. La démarche recommandée ici est de demander des tests standardisés afin d'établir un bilan clair et détaillé. Étant donné l'importance de ce domaine pour les mesures de soutien pédagogiques, il existe un vaste choix de procédures. Il n'est pas toujours facile de distinguer les troubles instrumentaux spécifiques de la perception acoustique des perturbations de l'attention. Pour faire la différence entre une atteinte de la capacité à différencier les sons et une atteinte du traitement séquentiel, on procède à une analyse quantitative des erreurs (par exemple des erreurs de syllabes, une difficulté à délimiter les mots dans les phrases, notamment à l'écrit sous la dictée, des séquences incorrectes). Divers tests d'attention acoustiques et verbaux, comme le test de Mottier, la répétition de chiffres (à

l'endroit et à l'envers), ou encore les séries de mots permettent de mettre en évidence des anomalies qualitatives allant dans le sens d'un trouble de la différenciation et indiquant ainsi des troubles de la perception auditive. L'observation clinique et l'anamnèse peuvent aider à faire la distinction. Le test de Mottier ne permet pas d'affirmer la présence d'un trouble de la différenciation si un seul résultat est quantitativement insuffisant, car ce résultat peut aussi bien s'expliquer par une atteinte de la mémoire de travail. Il faut donc pratiquer des examens complémentaires pour rechercher d'éventuels troubles spécifiques de l'audition. On utilisera à cet effet, par exemple, la procédure de choix selon Monroe (Iota word test) ou la liste de paires de mots de Nickisch, qui mesurent la différenciation des sons. De très nombreux tests permettent de mesurer les troubles de la perception visuelle; beaucoup sont intégrés à des tests d'intelligence. C'est le cas du complément d'images («Bildergänzen»), des cubes, de l'assemblage d'objets («Figurenlegen»), de la reconnaissance de formes et de personnes («Gestalt-Erschliessen»), de la fenêtre magique («Zauberfenster») et des triangles («Dreiecke»). Il en existe aussi plusieurs dans le domaine visuo-constructif (perception visuo-spatiale), notamment la figure complexe de Rey et le DTVP («developmental test of visual perception»). Tous ces tests permettent d'analyser la différenciation formes-fond, la constance des formes, la situation dans l'espace, les relations spatiales, ainsi que la perception analytique et synthétique des formes. L'important est de bien faire la différence entre les troubles de la perception et ceux touchant la capacité de reproduction. Les troubles instrumentaux spécifiques de la perception proprioceptive et tactile sont plus difficiles à mesurer, mais ils ne doivent pas être négligés en raison de leur importance pour les fonctions d'exécution et d'expression. La graphesthésie comprend la sensibilité tactile, la localisation des contacts, la capacité de percevoir la direction d'un stimulus tactile, ainsi que l'intégration dans un schéma idéal. La stéréognosie constitue le processus complexe permettant de percevoir la forme des objets, qui comporte des éléments d'exécution et d'expression moteurs qui, en cas de découverte isolée ne convient cependant pas pour étayer de manière définitive la présence de troubles de la perception. La perception proprioceptive (donc, perception de son propre corps et de ses mouvements) peut également être perturbée et entraver le développement. Il est difficile de diagnostiquer des troubles de la graphesthésie, de la stéréognosie et de la proprioception au moyen de tests standardisés, et on interprète souvent à tort des difficultés motrices comme des problèmes de perception. L'important ici est d'estimer la plausibilité du lien entre ce trouble partiel et les troubles fonctionnels de l'enfant à l'école et dans la vie quotidienne. Des anomalies dans ces domaines ne suffisent donc pas à prouver l'existence de troubles de la perception. En résumé, on peut affirmer que l'existence de troubles de la perception, ou plus exactement de troubles des performances instrumentales spécifiques, sont souvent faciles à prouver. En revanche, cela signifie aussi qu'en leur absence, on ne peut pas reconnaître une IC 404 au sens de l'AI, et qu'il n'est alors pas nécessaire d'analyser d'autres critères.

Les troubles de l'attention sont souvent définis comme des atteintes de la mémoire à court terme. Les troubles de la mémoire auditive à court terme peuvent être mesurés par de très nombreux tests: répétition de chiffres, suites de mots, consignes, syllabes de Mottier. La mémoire visuelle est mesurée par la reconnaissance de visages ou les tests d'apprentissage visuel (par exemple le test d'apprentissage visuel de Rey ou DCS, où il faut reproduire des figures complexes avec des bâtonnets). De nombreux tests permettent donc de mesurer la mémoire à court terme. Certains tests permettent de mesurer la capacité d'apprentissage (DCS et VLMT, test d'apprentissage et d'attention visuelles) et d'autres également la mémoire à long terme (par exemple la figure complexe de Rey ou l'échelle clinique de mémoire de Wechsler).

Il est encore précisé que l'infirmité congénitale 404 est un diagnostic différentiel, qui procède par élimination. Il faut exclure d'abord une pathologie acquise (dans la petite enfance), qui pourrait être la cause d'un syndrome psycho-organique (traumatisme cérébral, encéphalite), puis divers troubles psychiatriques acquis ou réactionnels pouvant aboutir à un syndrome ressemblant au TDA/H: négligence précoce, maltraitance, troubles de l'attachement, facteurs de stress émotionnel et/ou psychique dans un contexte social lourd, difficultés cognitives associées à un retard mental général ou sous-stimulation chez un surdoué. Il existe en outre des troubles du développement limités ou envahissants qui provoquent les mêmes symptômes. Si l'on suspecte un trouble relevant de la pédopsychiatrie, il faut faire appel à un spécialiste. Des comorbidités liées à l'IC 404 peuvent apparaître, mais elles ne sont généralement pas la cause majeure de la symptomatique.

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, de façon à bien montrer au médecin du SMR que l'infirmité est congénitale.

d. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 115/03 du 13 avril 2004 consid. 4.2.2).

7. Dans un arrêt récent, notre Haute cour a précisé que le syndrome psycho-organique ne se retrouve ni dans le CIM-10, ni dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par la Société américaine de psychiatrie, 4^{ème} édition (DSM-IV), lesquels ne prévoient pas de diagnostic qui correspondrait exactement aux critères selon le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC. Tant le syndrome psycho-organique que le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH ou TDA/H prévu par le DSM-IV) ou le trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites (F90.1) constituent des descriptions de syndromes qui reposent sur des concepts de maladie et des modèles de représentation différents, mais qui se recoupent toutefois s'agissant des symptômes cliniques (arrêts du Tribunal fédéral

9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.2 et 8C_300/2007 du 14 janvier 2008 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 572/03 du 15 mars 2004).

La jurisprudence a tenu compte des difficultés de poser un diagnostic médical en relation avec les troubles du comportement mentionnés, dans la mesure où il est admis que le diagnostic du syndrome psycho-organique est considéré comme posé à temps, non seulement lorsqu'il est mentionné tel quel par le rapport médical déterminant, mais également s'il résulte indubitablement d'autres indications du rapport, par exemple lorsque son auteur mentionne une infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC (arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2013 du 8 juillet 2013 consid. 4.1).

8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351). On ajoutera qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin-traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3, 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

9. 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).

10. En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande du recourant, considérant que ce dernier ne présentait pas des troubles de la perception et des troubles de la mémoire à court terme évidents, de sorte que toutes les conditions cumulatives permettant de retenir une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 OIC n'étaient pas réalisées.

Il s'est référé aux avis du Dr F_____ des 12 janvier et 6 mars 2015.

11. La chambre de céans observe cependant qu'il incombait à l'intimé, en vertu de son devoir d'instruction d'office (art. 43 LPG), d'examiner soigneusement en procédure administrative déjà si le recourant présentait les troubles mentionnés au chiffre 404 de l'annexe à l'OIC en fonction des indications fournies par les différents spécialistes intervenus. Le cas échéant, il aurait été tenu de requérir d'éventuels compléments (par exemple les tests psychologiques mentionnés) du médecin ou d'un tiers, s'il avait trouvé, à l'époque, que les constatations médicales étaient insuffisamment étayées, alors que le diagnostic déterminant avait été posé par la Dresse E_____, laquelle a d'ailleurs rempli le formulaire relatif à l'infirmité congénitale OIC chiffre 404 le 7 août 2014. À cet égard, il sera rappelé que la pédiatre a clairement indiqué à l'intimé, dans son rapport du 16 janvier 2015, qu'elle s'était trompée en cochant les cases dudit formulaire et qu'il convenait de retenir l'existence de troubles du comportement, des pulsions et de la perception.

Le Tribunal fédéral a récemment relevé que les directives administratives de l'OFAS ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci (ATF 133 V 587 consid. 6.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2013 du 8 juillet 2013 consid. 4.4). Elles s'adressent aux organes d'exécution de l'assurance-invalidité, auxquels il appartient de les mettre en œuvre en requérant, le cas échéant, des médecins concernés de compléter leur rapport en fonction des exigences auxquelles est soumise l'administration pour examiner la réalisation des critères déterminants.

L'argumentation de l'intimé, lequel considère que les troubles de la perception et de la mémoire à court terme ne sont pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante est mal fondée au regard de son devoir d'instruction d'office. En outre, la manière de procéder de l'intimé, qui fait état d'une insuffisance de l'instruction qu'il aurait dû mener d'office et rejette la demande du recourant en relevant que ce dernier pourra redéposer subséquemment une nouvelle demande de

prestation, est d'autant plus critiquable que l'intéressé atteindra l'âge de 9 ans en novembre 2016 et que le facteur temps joue un rôle prépondérant au regard de la symptomatologie en cause.

12. Reste à examiner si les pièces produites permettent de trancher le litige.
13. a. À titre préalable, il convient de relever que le rapport de Mme H_____ du 22 avril 2015 et celui de la Dresse E_____ du 23 avril 2015 se rapportent à des troubles préexistants à la décision litigieuse et en lien avec l'infirmité congénitale considérée, de sorte qu'ils doivent être pris en considération par la chambre de céans. En effet, même si le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références), les faits survenus postérieurement doivent être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

b. Le rapport de Mme H_____, établi à l'issue de nombreux tests réalisés par le recourant, confirme le diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec une hyperactivité et une impulsivité, diagnostic maintes fois posé par la Dresse E_____ et également évoqué par la Dresse C_____. Il mentionne que le recourant présente un score inférieur à la moyenne sur le plan perceptif et visuo-moteur. Que ce résultat soit dû à un « style privilégiant très nettement la rapidité à la précision du tracé » est sans influence du moment où le trouble de la perception a été constaté. Concernant la sphère mnésique, les tests ont révélé un empan de chiffre à l'endroit dans la moyenne pour l'âge, mais insuffisant à l'envers, ce qui attestait d'un déficit au niveau de la mémoire à court terme.

Contrairement à ce que soutient l'intimé, le fait que ce document n'écarte pas expressément l'existence de troubles psychiatriques acquis n'est pas déterminant. En effet, aucun élément du dossier ne permet de suspecter une quelconque négligence précoce ou maltraitance, étant relevé que la Dresse E_____ a précisé, dans son rapport du 7 août 2014, que le recourant n'avait pas souffert d'abandonnisme de la petite enfance. De plus, les différents spécialistes s'étant prononcés sur le cas du recourant n'ont pas considéré que la « séparation houleuse » de ses parents et leurs dépendances et pathologies respectives permettraient d'écarter le diagnostic d'infirmité congénitale au sens du chiffre 404 OIC. Enfin, une maladie grave du cerveau a été exclue par la Dresse E_____ et le recourant, doté d'une intelligence normale, n'est pas considéré comme un surdoué.

L'intimé observe que le rapport de Mme H_____ n'est pas signé et qu'il est rédigé par une neuropsychologue et non par un médecin. La chambre de céans relève cependant, d'une part, que le contenu de ce document n'est pas contesté et que son auteur est connu, et d'autre part, que la Dresse E_____ a précisé, dans son rapport du 23 avril 2015 adressé à la chambre de céans, que le Dr I_____, neuropédiatre,

avait décidé de confier un bilan complémentaire à Mme H_____. Dans ces conditions, il appert que le rapport du 22 avril 2015 émane sans nul doute possible d'une spécialiste compétente en la matière.

c. Partant, les conclusions du rapport de Mme H_____, lequel comporte une anamnèse détaillée, se fonde sur des tests approfondis qui portent en particulier sur les troubles dont l'existence a été contestée par l'intimé, et est dûment motivé, emportent la conviction de la chambre de céans.

Ce document corrobore les conclusions de la Dresse E_____, à savoir que le recourant souffre d'une infirmité congénitale (chiffre 404 OIC), étant encore observé que rien ne permet de douter de l'impartialité ou du bien-fondé de l'évaluation de la pédiatre traitant.

14. Enfin, les avis succincts du Dr F_____, qui ne portent au demeurant pas sur les deux derniers rapports produits, ne permettent pas d'écarter les conclusions claires et motivées de ces documents.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que le recourant réunit tous les symptômes nécessaires (selon le point 404.5 CMRM) pour reconnaître une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 OIC, et ce avant l'âge de 9 ans.

Par conséquent, c'est à tort que l'intimé a rejeté la demande du recourant.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera reconnu que le recourant a droit à des mesures médicale (chiffre 404 OIC).

La procédure en assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé, qui succombe, supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 25 mars 2015.
3. Reconnaît au recourant le droit à des mesures médicales (chiffre 404 OIC).
4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
5. 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

La présidente

Brigitte BABEL

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le