

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/52/2009

ATAS/1010/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 14 août 2009

En la cause

Mademoiselle C_____, soit pour elle ses représentants
légaux, Monsieur C_____ et Madame C_____,
domiciliés à Genève, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître François MEMBREZ

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. L'enfant C_____ est née prématurément en 2000. Elle présente notamment un syndrome dysmorphogénétique s'accompagnant d'une malformation du système nerveux central et d'un syndrome de Chiari type I.
2. Les parents de l'assurée, Madame et Monsieur C_____ ont déposé une demande de prestations d'invalidité pour mineur auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).
3. L'OCAI a rendu plusieurs décisions de prise en charge de mesures médicales en faveur de C_____. Il a ainsi accepté la prise en charge de mesures concernant les infirmités congénitales suivantes : 386 (hydrocéphalie congénitale), 381 (malformation d'Arnold-Chiari), 342 (hypoplasie) et 346 (reflux vésico-urétéral). Une allocation d'impotence de degré grave a été octroyée ainsi que des mesures péda-go-thérapeutiques, une formation scolaire spéciale et la prise en charge des frais de transport.
4. Dans le courant de l'année 2008, Madame et Monsieur C_____ ont requis auprès de l'OCAI la prise en charge de séances d'hippothérapie en faveur de leur fille.
5. Dans un avis du 17 juin 2008, le Dr L_____, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin auprès du SMR, a indiqué que l'assurée ne relevait pas du chiffre 390, correspondant aux paralysies cérébrales congénitales, de sorte que les séances d'hippothérapie ne pouvaient pas être prises en charge.
6. Par projet de décision du 26 juin 2008, l'OCAI a informé les parents de l'assurée du refus de la prise en charge des séances d'hippothérapie.
7. Au dossier constitué par l'OCAI, figurent notamment les rapports médicaux suivants :
 - Par rapport du 17 janvier 2001, le Dr M_____, spécialiste FMH en neurochirurgie auprès de l'Hôpital des enfants à Genève, a diagnostiqué une translocation 1 : 20 pour un syndrome polymalformatif avec notamment une hydrocéphalie, une anomalie de Chiari de type I et un retard du développement psycho-moteur. A titre d'infirmités congénitales, il a noté les chiffres 306 et 404 OIC; ce dernier chiffre correspondant aux troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs.
 - Par rapport du 22 mai 2001, la Dresse N_____, spécialiste FMH en neuropédiatrie auprès du Centre hospitalier universitaire vaudois, a constaté un retard de développement important touchant davantage la motricité grossière que la motricité fine. L'examen neurologique suggérait des troubles du tonus et de la

posture d'origine centrale, sans qu'il y ait de signes typiques pour une infirmité motrice cérébrale. Il n'y avait pas non plus de faiblesse musculaire. Le tout s'inscrivait dans le contexte d'une anomalie chromosomique dont les aspects détaillés étaient en cours d'investigation encore.

- Par rapport du 28 octobre 2003, le Dr M_____ a indiqué que l'assurée présentait toujours un syndrome légèrement tétraspastique, prédominant aux membres inférieurs.
- Par rapports des 18 novembre 2003 et 2 février 2004, le Prof. O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès des HUG, a expliqué que l'assurée présentait notamment de problèmes d'hyper- et d'hypotonie au niveau des membres inférieurs.
- Par rapport du 23 juin 2004, la Dresse N_____ a constaté qu'il y avait toujours une certaine hypotonie de fond mais moins qu'auparavant, sans faiblesse avec une spasticité distale.
- Par rapport du 29 juillet 2004, le Dr M_____ a rappelé les diagnostics posés et indiqués, à titre d'infirmités congénitales, les n° 381 (malformations du système nerveux et de ses enveloppes) et 386 (hydrocéphalie congénitale).
- Par rapport du 13 décembre 2004, la Dresse P_____, spécialiste FMH en pédiatrie, a expliqué que l'assurée avait été hospitalisée au service de pédiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) du 15 novembre au 2 décembre 2004, suite à l'apparition d'une hypertension intracrânienne. Elle avait alors dû subir une intervention chirurgicale. En raison d'un œdème post-opératoire, l'assurée a présenté une hémiparésie droite.
- Le 1^{er} février 2005, le Prof. O_____ a sollicité l'octroi d'un fauteuil roulant en faveur de l'assurée, au motif que cette dernière souffre d'une infirmité moteur cérébrale.
- Par rapport du 2 février 2005, le Dr Q_____, spécialiste FMH en neuropédiatrie, a expliqué notamment que l'assurée est annoncée à l'assurance-invalidité pour ses malformations cérébrales (malformation d'Arnold Chiari, OIC 381 et hydrocéphalie congénitale, OIC 386).
- Par rapport du 12 avril 2005, le Dr Q_____ a posé le diagnostic de syndrome polymalformatif sur anomalie chromosomique avec : un retard psychomoteur et du langage, hydrocéphalie drainée, une malformation d'Arnold Chiari type I, une malformation de la moelle lombaire, une hypoplasie du corps calleux, une infirmité motrice cérébrale et un reflux vésico-urétéral. Les infirmités congénitales étaient l'hydrocéphalie congénitale (OIC 386), la malformation d'Arnold Chiari (OIC 381), les paralysies cérébrales congénitales

(OIC 390) et un reflux vésico-urétéral congénital (OIC 346). A l'anamnèse, ce spécialiste indique que l'assurée présente un syndrome polymalformatif associé à une translocation 1:20. Elle a en particulier des anomalies au niveau du système nerveux central avec hydrocéphalie drainée, malformation d'Arnold Chiari type I, hypoplasie du corps calleux, anomalie de la partie terminale de la moelle. Elle présente également un retard du développement psychomoteur et du langage, des difficultés de déglutition et d'articulation et une infirmité motrice cérébrale avec hypotonie axiale et spasticité des membres inférieurs.

- Par rapport du 14 avril 2005, le Dr M_____ indique que l'assurée présente une spasticité des membres inférieurs. Le médecin précise pour l'OCAI, que les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie doivent être pris en charge dès le début sous le chiffre 381 OIC (anomalie de Chiari, moelle basse fixée).
- Par rapport du 26 septembre 2005, le Dr M_____ constate la persistance d'un syndrome tétra-pyramidal avec réflexes vifs aux membres supérieurs. Sur la base des examens complémentaires effectués le 6 septembre 2005, ce médecin pense que les troubles présentés au niveau des membres inférieurs sont plus d'origine centrale que médullaire, puisqu'il existe également des signes aux membres supérieurs.
- Par rapport du 16 août 2007, le Dr R_____, spécialiste FMH en pédiatrie, explique que l'assurée présente un tableau s'approchant d'une triparésie spastique nettement prédominante aux membres inférieurs, plus particulièrement à gauche. Elle s'accompagne d'une déformation orthopédique déjà fixée aux membres inférieurs ainsi que d'une scoliose neurologique. Il ajoute que l'on note aux membres inférieurs, une spasticité certaine mais surtout, maintenant, des déformations fixes sous forme de rétractions musculo-tendineuses. Au niveau des membre supérieurs, à gauche légère spasticité des pronateurs. Au membre supérieur droit, pas de réelle spasticité, mais toutefois une certaine dyspraxie avec des mouvements légèrement lents.
- Par rapport du 18 octobre 2007, le Dr S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, a diagnostiqué une atteinte spastique dans un contexte d'anomalie génétique et malformation cérébrale. A l'anamnèse, il indique qu'elle présente un syndrome dysmorphogénétique sur translocation 1:20 s'accompagnant d'une malformation du système nerveux central. Elle avait aussi présenté un hémisyndrome moteur droit en 2004.
- A la demande de l'OCAI, par rapport du 4 avril 2008, le Dr R_____ a expliqué que C_____ présente un tableau de paralysie cérébrale type triparésie spastique, prédominante aux membres inférieurs s'accompagnant d'une scoliose neurologique secondaire. Le travail thérapeutique sur le cheval permet

d'améliorer le redressement du tronc par les mouvements de bascule antéro-postérieure du bassin. Il s'agit d'une thérapie physique reconnue chez un enfant présentant une paralysie cérébrale et une instabilité du tronc.

- Le 16 avril 2008, le Dr R_____ a sollicité la remise d'un fauteuil roulant en raison d'une infirmité motrice cérébrale et une paraplégie.
- 8. Le 12 août 2008, les parents de l'assurée se sont opposés au projet. Ils rappellent que leur enfant, née prématurément, avait été contaminée in-utero par une varicelle ayant laissé des séquelles sous forme de calcifications dans le cerveau, révélées par scanner. Ainsi, en plus des autres lésions congénitales dont elle souffre, leur enfant aurait également dû être annoncée sous le chiffre OIC 390 (paralysies cérébrales congénitales).
- 9. Dans un rapport daté du 28 août 2008 adressé à l'OCAI, le Dr M_____ s'est dit fortement étonné par leur projet de décision du 26 juin 2008. Il a expliqué suivre l'assurée depuis sa naissance pour un syndrome polymalformatif avec retard psychomoteur, une tétraparésie secondaire à une hydrocéphalie, une anomalie de Chiari et une moelle basse fixée et aggravée par une ponction ventriculaire qui avait occasionné temporairement une hémiparésie droite, laquelle avait régressé. Le Dr M_____ renvoyait l'OCAI à l'avis du Dr Q_____ qui avait indiqué le chiffre OIC 390 en tant qu'infirmité congénitale (rapport du 2 avril 2005). Enfin, le traitement d'hippothérapie aidait l'assurée d'une manière globale à récupérer un tonus axial dont elle a besoin en dehors des manœuvres d'ergothérapie et de physiothérapie pour essayer de la faire marcher.
- 10. Dans un avis du 17 septembre 2008, le Dr L_____ a relevé que selon le chiffre 390.5 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (ci-après : CMRM), seuls les enfants présentant une paralysie cérébrale congénitale peuvent bénéficier de la prise en charge de séances d'hippothérapie. Le chiffre 390.1 CMRM exige que les paralysies cérébrales congénitales présentent un certain nombre de caractéristiques, en particulier une apparition précédant la fin de la période néonatale. En l'occurrence, les rapports au dossier démontraient certes qu'il existe des altérations neurologiques. Cela étant, avant l'hospitalisation du 15 novembre 2004, il n'y avait aucun signe typique d'une infirmité motrice cérébrale (rapport de la Dresse N_____ du 22 mai 2001). Par conséquent, l'atteinte neurologique (hémiparésie droite résiduelle) était apparue à l'occasion d'une mesure médicale relative au chiffre 386 OIC. L'ensemble des rapports ne permettait donc pas d'attester l'existence congénitale de l'atteinte pyramidale spastique.
- 11. Par décision du 25 novembre 2008, l'OCAI a refusé la prise en charge des séances de thérapie avec le cheval, au motif que l'assurée ne souffre pas de paralysie

cérébrale congénitale au sens du n° 390 OIC. Or, les séances d'hippothérapie sont prises en charge uniquement en cas de paralysie cérébrale congénitale.

12. Par acte du 7 janvier 2009, l'assurée, représentée par Maître François MEMBREZ, interjette recours, concluant à l'annulation de la décision, à la constatation qu'elle souffre de paralysies cérébrales congénitales au sens du chiffre 390 OIC et à l'octroi des mesures médicales (hippothérapie). A l'appui de ses conclusions, la recourante produit trois rapports médicaux récents de spécialistes l'ayant examinée :

- Par rapport du 15 décembre 2008, la Dresse T_____, spécialiste FMH en neuropédiatrie auprès des HUG, a expliqué que l'assurée était suivie essentiellement par le Dr M_____, neurochirurgien. Elle avait été examinée également par le Dr Q_____ durant la période néonatale, puis lors de certaines hospitalisations. Ce dernier avait adressé un rapport à l'OCAI dans lequel il avait cité les différentes infirmités congénitales au sens de l'OIC correspondant à la pathologie de l'assurée, dont l'infirmité n° 390. L'assurée avait ainsi présenté dès ses premiers mois de vie, des signes d'une infirmité motrice cérébrale avec spasticité des membres inférieurs, qui est probablement à attribuer à son hydrocéphalie importante. Enfin, cette spécialiste relevait que dans son rapport du 2 juin 2005, le Dr Q_____ avait mentionné que malgré l'hémiplégie droite post-opératoire, la patiente présentait une spasticité des quatre membres. Ainsi, selon la Dresse T_____, il est justifié que l'assurée bénéficie également du chiffre 390 OIC.
- Par rapport du 17 décembre 2008, le Dr R_____ a exposé que l'assurée présente un tableau de paralysie cérébrale (OIC 390) de type triplégie spastique prédominante aux membres inférieurs. La malformation de type Chiari, prise en charge sous OIC 381, n'exclut pas, à sa connaissance, l'attribution de l'OIC 390, qui est basé uniquement sur l'examen clinique pour poser le diagnostic de troubles moteurs spastiques. Selon lui, l'assurée présente l'ensemble des signes figurant au chiffre 390.1.1 OIC.
- Par rapport du 18 décembre 2008, le Dr M_____ a expliqué qu'un scanner effectué le 29 octobre 2001 avait permis de constater la présence de calcifications périventriculaires, étant précisé que la mère de la recourante avait présenté une varicelle à la 20^{ème} semaine de grossesse. Selon ce médecin, les calcifications peuvent tout à fait expliquer, à côté des problèmes d'hydrocéphalie, l'infirmité motrice cérébrale dont souffre l'enfant avec tétraspasticité constatée dans la première année de vie. Par conséquent, outre les infirmités congénitales OIC 386, 380 et 346, le chiffre 390 devait également être reconnu pour cette enfant, ce d'autant plus que cette atteinte avait déjà été notée par le Dr Q_____ dans son rapport du 2 avril 2005.

13. Par écriture du 24 février 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, pour les motifs invoqués dans sa décision. Il indique avoir sollicité l'avis du SMR concernant les nouvelles pièces versées par la recourante à la procédure. Le Dr L_____ indique, en date du 3 février 2009, que contrairement à ce que rapporte la Dresse T_____, la Dresse N_____ avait constaté que la recourante ne présentait pas de signe typique pour une infirmité motrice cérébrale (rapport du 25 mai 2001). Les nouveaux rapports ne permettaient donc pas de remettre en cause l'avis du SMR du 17 septembre 2008.
14. A la demande du Tribunal de céans, la recourante a produit le rapport établi le 2 juin 2005 par le Dr Q_____, auquel s'est référée la Dresse T_____ dans son rapport du 15 décembre 2008. Selon le Dr Q_____, la patiente présentait une légère spasticité des quatre membres, un peu plus marquée à gauche qu'à droite aux membres supérieurs, aux membres inférieurs un peu plus marquée à droite qu'à gauche. Elle avait encore une hémiparésie résiduelle à droite.
15. Après avoir adressé une copie de ce rapport à l'intimé le 14 juillet 2009, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à des mesures médicales pour une période postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le nouveau droit.
3. Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la prise en charge de séances d'hippothérapie pour l'enfant.

5. Aux termes de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de vingt ans révolus. Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

Le Conseil fédéral s'est vu octroyer la compétence d'établir une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées, ce qu'il a fait en édictant l'ordonnance du 9 décembre 1985 sur les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21). Selon l'art. 1^{er} al. 1^{er} OIC, 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.

Ainsi, la condition de l'art. 13 LAI est remplie si l'infirmité congénitale n'était pas reconnaissable au moment de la naissance accomplie, mais que plus tard apparaissent des symptômes dont la présence prouve que l'infirmité existait déjà à la naissance.

Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC).

La pratique administrative relative à l'art. 13 LAI admet l'hippothérapie à titre de mesure médicale pour le traitement des paralysies cérébrales congénitales au sens du ch. 390 de l'annexe à l'OIC (Circulaire de l'OFAS concernant les mesures médicales de réadaptation de l'AI, CMRM, ch. 390.5).

Les paralysies cérébrales ne représentent pas une pathologie unitaire, mais un complexe symptomatologique réunissant un groupe d'encéphalopathies statiques caractérisées par des troubles neurologiques clairement définissables, une spasticité, une dyskénie et une ataxie, une apparition précédant la fin de la période néonatale, l'absence d'une évolution et souvent des troubles associés tels que difficultés d'apprentissage, handicap mental, troubles de la vue ou épilepsie. Les troubles moteurs congénitaux de type spastique doivent être reconnus comme infirmités congénitales (ch. 390.1 CMRM).

Pour poser le diagnostic de trouble moteur spastique, il faut qu'il y ait une hyperréflexie et une augmentation de la résistance des muscles atteints contre les mouvements passifs (hypertonie musculaire), des réflexes pathologiques ainsi que des postures et des mouvements anormaux (ch. 390.1.1 CMRM).

Le Tribunal fédéral des assurances a déjà été amené à examiner si un enfant présentait l'affection décrite par le chiffre 390 de la liste annexée à l'OIC. Il a estimé qu'en l'absence notamment de spasticité ou d'ataxie, les renseignements

médicaux ne permettaient pas de retenir la présence d'une telle affection (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.22/02 du 28 mai 2002).

Enfin, pour admettre l'existence d'une infirmité congénitale, il suffit, du point de vue de l'administration des preuves, que l'on se trouve selon toute vraisemblance, de l'avis du spécialiste, en présence d'une infirmité figurant dans l'OIC (RCC 1963 p. 354).

6. La recourante soutient qu'elle souffre d'une paralysie cérébrale congénitale au sens du chiffre 390 OIC, ce que l'intimé conteste au motif que l'atteinte neurologique serait apparue après l'hospitalisation du 15 novembre 2004.

En l'occurrence, il est constant qu'au cours de l'hospitalisation qui a eu lieu du 15 novembre au 2 décembre 2004, la recourante a souffert d'un œdème post-opératoire, lequel a entraîné une hémiparésie droite. Il apparaît également que le diagnostic d'infirmité motrice cérébrale avec hypotonie axiale et spasticité des membres inférieurs ressort d'un rapport qui a été établi le 12 avril 2005, soit après l'hospitalisation précitée (rapport du Dr Q_____ du 12 avril 2005).

Cela étant, il résulte des pièces versées à la procédure qu'avant ladite hospitalisation, la recourante présentait déjà les signes d'un trouble moteur spastique. Les médecins consultés ont en effet constaté un syndrome légèrement tétraspastique prédominant aux membres inférieurs (Dr M_____, rapport du 28 octobre 2003), des problèmes d'hypertonie et d'hypotonie au niveau des membres inférieurs (Prof. O_____, rapports des 18 novembre 2003 et 2 février 2004) ainsi qu'une certaine hypotonie de fond, sans faiblesse avec une spasticité distale (Dresse N_____, rapport du 23 juin 2004).

En outre, il y a lieu de constater que l'hémiparésie a touché uniquement le côté droit, alors que le syndrome spastique concerne tant le côté droit que le côté gauche (Dr Q_____, rapport du 2 juin 2005 et Dr R_____, rapports des 16 août 2007, 4 avril 2008). De surcroît, alors que l'hémiparésie droite a été temporaire, pour finalement régresser (Dr M_____, rapport du 28 août 2008), le trouble spastique s'est, quant à lui, accentué avec le temps (Dr M_____, rapport du 28 octobre 2003 et Dr R_____, rapports des 16 août 2007 et 4 avril 2008).

Quoi qu'il en soit, tous les spécialistes qui ont examiné la recourante s'accordent à dire que celle-ci souffre d'une paralysie cérébrale congénitale au sens du chiffre OIC 390 (Dr Q_____, spécialiste FMH en neuropédiatrie, rapport du 12 avril 2005 ; Dr R_____, spécialiste FMH en pédiatrie, rapports des 4 avril et 17 décembre 2008 ; Dr M_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, rapport du 28 août et 18 décembre 2008). On relèvera en particulier que dans son rapport du 18 décembre 2008, le Dr M_____ a rappelé qu'un scanner cérébral effectué le 29 octobre 2001 avait permis de constater la présence de calcifications périventriculaires - étant précisé que la mère de l'enfant avait présenté une varicelle

à la 20^{ème} semaine d'aménorrhée - lesquelles pouvaient tout à fait expliquer l'infirmité motrice cérébrale dont souffre la recourante avec tétraspasticité constatée dans la première année de vie.

Enfin, on ne saurait suivre l'intimé qui se fonde sur le rapport établi le 22 mai 2001 par la Dresse N_____ pour conclure que la recourante ne souffre pas d'un trouble moteur spastique. Ce médecin, spécialiste FMH en neuropédiatrie, a certes indiqué dans le rapport précité que la patiente ne présentait alors pas de signes typiques pour une infirmité motrice cérébrale. Cela étant, cette praticienne a tout de même relevé que l'examen neurologique suggérait des troubles du tonus et de la posture d'origine centrale. Le Tribunal de céans constate en outre que cet examen neurologique a été effectué alors que la recourante n'avait que 16 mois et avant que la présence des calcifications périventriculaires n'ait été révélée.

Compte tenu de ce qui précède, et plus particulièrement de l'avis circonstancié du Dr M_____ du 18 décembre 2008, il y a lieu de retenir que la recourante est atteinte d'une paralysie cérébrale congénitale au sens du chiffre 390 OIC. Il est par ailleurs incontesté et incontestable que le traitement d'hippothérapie représente une mesure adéquate pour traiter cette atteinte.

Par conséquent, la recourante a droit à la prise en charge par l'intimé des séances d'hippothérapie.

7. Il convient dès lors d'admettre le recours et d'annuler la décision litigieuse. La recourante, représentée par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 1'200 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 25 novembre 2008.
3. Dit que la recourante a le droit à la prise en charge par l'intimé des séances d'hippothérapie (ch. 390 OIC).
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'200 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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); 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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