RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/684/2006 **ATAS/554/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 8 juin 2006

En la cause

Enfant G_____, représenté par Monsieur G_____, son père	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : **Madame Karine STECK, Présidente,**
Mesdames Maya CRAMER et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Le 5 juin 2002, Monsieur G_____, père de G_____, né en octobre 1998, a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) une demande de prestations pour assuré âgé de moins de vingt ans révolus visant à la prise en charge des séances de logopédie suivies par son fils. Il a précisé que ce dernier rencontrait des difficultés d'apprentissage du langage.

2. Dans un rapport daté du 20 février 2002, Madame P_____, logopédiste, a indiqué avoir procédé, à la demande des parents, à un bilan logopédique, vu le langage difficilement compréhensible de leur enfant. Il ressort de ses explications que la structure syntaxique de Vincent est déficiente, sa parole altérée, avec de nombreuses omissions ou substitutions de phonèmes; la compréhension des consignes ou des questions simples est bonne et les notions spatiales sont en voie d'acquisition. Madame P_____ a estimé qu'un suivi logopédique semblait nécessaire avant l'entrée de Vincent à l'école enfantine. Elle a conclu à une grave difficulté d'élocution (retard de l'acquisition du langage dyslalie-dysphasie) et préconisé deux séances hebdomadaires durant deux ans.

3. Par décision du 20 juin 2002, l'OCAI a accepté de prendre en charge deux séances de logopédie par semaine, du 20 février 2002 au 20 février 2004.

4. Le 21 janvier 2004, la Dresse A_____et Madame P_____ ont indiqué à l'OCAI que l'enfant s'était bien intégré à l'école malgré quelques difficultés d'adaptation en début d'année scolaire, que son langage était compréhensible et ses phrases bien structurées, son stock lexical très riche, mais qu'il avait une tendance très nette à assourdir les phonèmes sonores, ce qui pourrait engendrer des difficultés lors de l'apprentissage de la lecture, que l'articulation de certains phonèmes restait encore difficile et qu'il était donc souhaitable de poursuivre les séances de logopédie au même rythme que jusqu'alors.

5. Par décision du 24 mars 2004, l'OCAI a accepté de continuer à prendre en charge le traitement logopédique de l'enfant, à raison de deux séances hebdomadaires, du 21 février 2004 au 28 février 2006.

6. Entre-temps, le 16 février 2004, le père de l'enfant a en outre déposé une demande de prestations visant à la prise en charge de séances d'ergothérapie.

7. La Dresse A_____, pédiatre, a rendu un rapport en date du 28 février 2005. Elle a diagnostiqué un retard psychomoteur et un retard de l'acquisition du langage, apparus alors que l'enfant était âgé de deux ans, ainsi que des troubles sensivo-moteurs et d'intégration du schéma corporel constatés le 9 avril 02. Elle a conclu à une infirmité congénitale au sens des chiffres 233 et 234 de l'ordonnance applicable en la matière.

8. Par décision du 7 mars 2005, l'OCAI a rejeté la demande du 16 février 2004, vu l'absence d'infirmité congénitale reconnue par l'assurance-invalidité.

9. Le 5 avril 2005, le père de l'enfant a formé opposition. Il a expliqué que son fils rencontrait des difficultés de motricité fine et globale provoquant un handicap dans ses apprentissages scolaires et quotidiens, que de plus, ces difficultés avaient des répercussions sur ses relations avec les autres enfants, que les séances d'ergothérapie, débutées un an auparavant lui avait déjà permis des progrès notables et a demandé que l'OCAI reconsidère sa position.

10. Par courrier du 13 juin 2005, le père de Vincent a en outre produit deux rapports établis par Madame S_____, ergothérapeute, à l'intention du pédiatre de l'enfant.

11. Le premier rapport date du 17 mai 2004. Il en ressort que l'enfant a débuté les séances d'ergothérapie le 26 mars 2004, à raison d'une séance par semaine, puis de deux séances hebdomadaires à compter du mois de mai 2004. L'évaluation a permis de mettre en évidence certaines difficultés. Ainsi, s'agissant de la modulation sensorielle, il a été relevé que l'enfant avait besoin de se mouvoir continuellement, qu'il montrait des signes d'inconfort sur les engins mobiles, qu'il se plaignait de vertiges et de maux de ventre dès que ses pieds quittaient le sol. En matière de motricité oculo-posturale, il a été noté que son équilibre était médiocre, que ses mouvements étaient globaux et mal dosés, ses réactions d'appui et de protection insuffisantes et ses ajustements posturaux exagérés. Sur le plan de l'intégration bilatérale et séquentielle, l'enfant montrait des difficultés d'orientation et de coordination, d'alternance, d'enchaînement et de rythme dans l'exécution des mouvements. Il a été relevé que sa motricité fine était bien développée mais qu'il faisait preuve d'une certaine lenteur et d'une crispation au niveau distal. Madame S_____ a finalement conclu que l'ergothérapie paraissait tout à fait indiquée.

12. Le second rapport, établi le 22 avril 2005, explique que la prise en charge a été axée sur le renforcement de la motricité globale, sur l'amélioration de la motricité fine et des praxies et enfin, sur l'amélioration de la confiance en soi pour mieux gérer la frustration et l'échec. Des progrès ont été observés au niveau de la motricité globale, l'enfant présentant une meilleure coordination. Il a été relevé que, sur le plan de la motricité fine et des praxies, il montrait encore des difficultés dans les activités graphomotrices ainsi que dans les activités d'enchaînement et d'anticipation. Enfin, sur le plan du comportement, il a été indiqué que les périodes difficiles s'alternaient avec d'autres moments, plus calmes. Madame S_____ a conclu à la nécessité de continuer les séances d'ergothérapie.

13. Par courrier du 21 juin 2005, l'OCAI a demandé à la Dresse A_____si l'enfant était atteint d'une infirmité au sens du chiffre 390 de l'ordonnance applicable en la matière. Il a fait remarquer que les chiffres 233 et 234 indiqués par

le médecin dans son rapport ne correspondaient pas à des infirmités congénitales mais à des codes concernant les graves difficultés d'élocution.

14. Par lettre du 10 novembre 2005, la Dresse A_____a répondu que la problématique de l'enfant était complexe et qu'il lui était difficile de "trouver exactement un chiffre qui y correspond". Elle a expliqué qu'au départ, l'enfant rencontrait surtout des difficultés sur le plan neuromoteur et sur celui de la "coordination visuomotrice et visuospatale", que l'ergothérapie avait permis d'améliorer la situation et que l'enfant présentait désormais plutôt un "trouble envahissant du développement". Il avait en outre développé, au cours de l'été 2005, des "tics" inquiétants. Elle a posé les diagnostics suivants : trouble spécifique du développement moteur (F 82 selon la classification de l'OMS), trouble envahissant du développement (F 84) et tics (F 95-0). Elle a ajouté qu'il n'était pas certain que l'enfant puisse poursuivre sa scolarité dans le secteur public.

15. Le Dr B_____, du service médical régional AI (SMR), à qui le dossier a été soumis, a émis l'opinion, dans un avis daté du 13 janvier 2006, que les difficultés présentées par l'enfant ne correspondaient à aucune infirmité congénitale répertoriée et que même si l'on admettait l'existence de troubles envahissants du développements, ceux-ci, apparus après l'âge de cinq ans, ne pouvaient entrer en ligne de compte.

16. Par décision sur opposition du 24 janvier 2006, l'OCAI a confirmé sa décision de refus du 7 mars 2005. Il a fait remarquer que, bien que l'enfant présente une atteinte complexe neurologique avec des troubles des facultés du schéma corporel et une atteinte de type dyslalie-dysphasie, son état ne correspond à aucune infirmité congénitale reconnue par l'assurance-invalidité. Quant aux troubles envahissants du développement évoqués par la Dresse A_____, l'OCAI a admis qu'ils pourraient correspondre à l'infirmité congénitale répertoriée sous chiffre 401. Il a cependant souligné que, pour que l'assurance-invalidité reconnaisse cette infirmité congénitale, celle-ci doit avoir été diagnostiquée avant l'âge de cinq ans, ce qui n'a pas été le cas en l'occurrence.

17. Par courrier du 24 février 2006, le père de l'enfant a interjeté recours contre cette décision. Il fait valoir que les difficultés comportementales rencontrées par son fils découlent de problèmes physiques et congénitaux et que les séances d'ergothérapie ont permis des progrès visibles. Il conclut implicitement à la prise en charge par l'assurance-invalidité des séances d'ergothérapie suivies par son fils.

18. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 21 mars 2006, a conclu au rejet du recours pour les motifs déjà invoqués dans sa décision.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est donc établie.

3. 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.

4. 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).

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à la prise en charge, au titre de mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité, des séances d'ergothérapie.

6. Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Au nombre des mesures de réadaptation envisageables, figurent notamment les mesures médicales, les mesures d'ordre professionnel et la remise de moyens auxiliaires.

   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.

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 sur les infirmités congénitales (OIC).

Les mesures médicales accordées doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances admet toutefois que le droit à des mesures médicales s'étend exceptionnellement également au traitement d'atteintes secondaires à la santé qui ne sont certes plus liées aux symptômes d'infirmité congénitale mais qui, selon l'expérience médicale, sont souvent la conséquence de cette infirmité. Entre l'infirmité congénitale et l'atteinte secondaire à la santé, il faut ainsi qu'il existe un lien de causalité adéquate qualifié. Ce n'est que si ce lien de causalité qualifié entre l'atteinte secondaire à la santé et l'infirmité congénitale est donné et si le traitement se révèle en outre nécessaire que l'assurance-invalidité doit prendre en charge les mesures médicales dans le cadre de l'art. 13 LAI (ATFA du 12 oct. 2001 en la cause 355/01, consid. 1; VSI 2001 p. 75 consid. 3a; ATF 100 V 41, av. références).

7. En l'espèce, il ressort des documents médicaux que l'enfant souffre d'un retard psychomoteur et d'un retard de l'acquisition du langage, apparus alors qu'il était âgé de deux ans, ainsi que des troubles sensivo-moteurs et d'intégration du schéma corporel constatés le 9 avril 2002. Les graves difficultés d'élocution ont permis d'accorder des mesures sous forme de logopédie, mais ne correspondent à aucune infirmité congénitale au sens de l'OIC.

   Quant aux diagnostics posés par le pédiatre dans son dernier rapport, à savoir : trouble spécifique du développement moteur (F 82 selon la classification de l'OMS), trouble envahissant du développement (F 84) et tics (F 95-0), seul celui de trouble envahissant du développement pourrait éventuellement être assimilé aux "psychoses primaires du jeune enfant" répertoriées au chiffre 401 de l'OIC. Cependant, un tel trouble n'est pris en charge que lorsque les symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. Or, en l'occurrence, ce n'est qu'en 2005, soit bien après que l'enfant a atteint l'âge de cinq ans, que les difficultés de comportement sont apparues. Cela ressort non seulement du rapport de la Dresse A_____mais également de celui de la logopédistes, daté du 22 avril 2005, qui fait état de "périodes difficiles" au niveau comportemental, auxquelles il n'avait pas été fait allusion dans le rapport précédant, établi suite au bilan effectué en 2004.

   Quant à l'argument du père de l'enfant, selon lequel les difficultés comportementales sont la conséquence de troubles congénitaux, aucun élément médical ne permet de l'étayer, puisque, ainsi que cela vient d'être relevé, aucune infirmité congénitale n'a pu être mise en évidence par le pédiatre de l'enfant.

8. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours ne peut donc qu'être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

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