

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1336/2024

ATAS/780/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 octobre 2024

Chambre 5

En la cause

A_____, enfant mineur, agissant par son père **B_____**

Recourant

représentés par Me Agrippino RENDA, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER-
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** L'enfant A_____ (ci-après : l'assuré ou A_____), de nationalité kosovare, est né en _____ 2008.
- b.** Ses parents, représentants légaux, ont déposé une demande de mesures médicales pour mineur, qui a été reçue par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en date du 24 octobre 2023. Il était exposé que A_____ souffrait de troubles du langage et était notamment suivi par les docteurs C_____, spécialiste FMH en pédiatrie, et D_____, médecin adjoint agrégé au département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, unité de neurologie pédiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
- c.** Par courrier du 15 novembre 2023, le Dr D_____, répondant à une demande de l'OAI du 30 octobre 2023, a informé cet office que l'assuré était un adolescent âgé de 15 ans qui avait été vu dans le cadre d'un trouble très sévère du langage oral, lequel avait eu une répercussion importante sur sa scolarité et, à présent, sur ses projets d'intégration socioprofessionnels. Il précisait dans son courrier qu'« il ne s'agit pas d'une infirmité congénitale au sens de l'OIC », mais qu'il n'était pas exclu que, dans le cadre de mesures d'accompagnement, l'OAI puisse être contacté dans le futur.
- B.** **a.** Par projet du 30 novembre 2023, l'OAI a proposé une décision de refus de mesures médicales, soit le refus de la demande de prise en charge du suivi en neurologie pédiatrique, en raison du fait qu'il ne s'agissait pas d'une infirmité congénitale reconnue par l'assurance-invalidité et que les conditions légales d'une prise en charge n'étaient donc pas remplies.
- b.** Par courrier du 7 décembre 2023, la compagnie d'assurances HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : HELSANA) a informé l'OAI qu'elle faisait « une opposition provisoire » au projet de décision du 30 novembre 2023.
- c.** Par courrier du 12 décembre 2023, l'OAI a rappelé au Dr C_____ qu'il restait dans l'attente de sa réponse à une demande de renseignements, à laquelle le médecin a donné suite, en date du 15 décembre 2023. Dans son rapport médical, il exposait que l'assuré souffrait d'un retard du développement et du langage sévère, ainsi que de difficultés de compréhension et d'élocution et de difficultés à entendre. Il existait des difficultés de compréhension, qui amenaient à devoir répéter ou reformuler ce qui était dit à l'enfant, qui souffrait également de difficultés d'élocution et avait beaucoup de peine à s'exprimer, ce qui prenait du temps, surtout dans un nouvel environnement. Le médecin considérait que l'évolution était lente et les difficultés étaient toujours les mêmes, depuis le début de la prise en charge, en décembre 2018. Il était encore précisé que l'assuré pouvait faire une formation professionnelle avec une adaptation à ses problèmes de compréhension et d'élocution. Il n'était nulle part fait mention d'une éventuelle origine congénitale de l'atteinte à la santé.

d. Par courrier du 12 janvier 2024, HELSANA a informé l'OAI qu'après examen des documents en sa possession, elle retirait son « opposition » du 7 décembre 2023.

e. Par courrier du 22 janvier 2024, l'OAI a fait suite à la demande du mandataire de l'assuré du 18 janvier 2024 et lui a fait parvenir une copie du dossier en lui rappelant que le délai de 30 jours pour qu'il fasse part de ses observations concernant le projet de décision ne pouvait pas être prolongé.

f. L'assuré n'a pas réagi.

g. Par décision du 28 février 2024, l'OAI a confirmé le projet de décision et a refusé les mesures médicales consistant en la prise en charge du suivi en neurologie pédiatrique de l'assuré.

C. a. Par acte de son mandataire, déposé au greffe universel du Pouvoir judiciaire en date du 22 avril 2024, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) en concluant préalablement, à l'obtention de l'assistance juridique gratuite, qu'il soit ordonné une comparution personnelle des parties, qu'il soit ordonné une instruction médicale complète, afin de déterminer si l'assuré souffrait d'une infirmité congénitale ou d'une toute autre pathologie l'autorisant à bénéficier de mesures médicales, mesures d'ordre professionnel et/ou de moyens auxiliaires, à ce qu'il soit ordonné la mise en œuvre d'une expertise médicale neurologique spécifique afin de déterminer l'origine des causes du retard du développement de l'assuré ainsi que l'origine des causes du trouble de l'audition et de l'élocution de ce dernier, à ce qu'il soit ordonné l'audition des Drs D_____ et C_____, ainsi que l'audition de tout autre médecin ayant pris en charge l'assuré et autoriser l'assuré à répliquer. À titre principal, il était conclu à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'il soit dit que la prise en charge du suivi en neurologie pédiatrique était admise, le tout sous suite de frais et dépens. À l'appui de son recours, le mandataire du recourant faisait grief à l'OAI de n'avoir procédé à aucun examen médical neurologique spécifique, en lien avec le retard du développement, voire du trouble de l'audition tel qu'il était relevé par les médecins qui l'avaient pris en charge, ce qui rendait la décision querellée « fondamentalement arbitraire tant dans son argumentation que dans ses conclusions ». Le mandataire du recourant considérait qu'il fallait procéder à des investigations complémentaires, en particulier au moyen d'une expertise médicale neurologique spécifique, afin de déterminer l'origine du retard du développement du mineur, ainsi que des troubles de l'audition et de l'élocution de ce dernier.

b. Par réponse du 4 juin 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et a rappelé que la simple disposition à une maladie n'était pas réputée infirmité congénitale et que seules étaient réputées infirmités congénitales les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant. Il ressortait des éléments du dossier, notamment du rapport du Dr D_____ du 15 novembre 2023, que l'assuré ne présentait pas

d'infirmitté congénitale, au sens de l'ordonnance du département fédéral de l'intérieur concernant les infirmités congénitales du 3 novembre 2021 (OIC-DFI - RS 831.232.211). Par conséquent, les conditions pour une prise en charge des mesures médicales n'étaient pas réunies.

c. Par courrier du 6 juin 2024, la chambre de céans a octroyé au mandataire de l'assuré un délai au 28 juin 2024 pour que ce dernier lui fasse parvenir sa réplique. Par courrier du 27 juin 2024, le mandataire de l'assuré a demandé un délai complémentaire, qui lui a été accordé. Par courrier du 25 juillet 2024, le mandataire de l'assuré a derechef demandé un délai complémentaire, qui lui a encore été accordé. Par courrier du 23 août 2024, le mandataire de l'assuré a demandé un délai complémentaire en faisant valoir qu'il attendait encore des pièces médicales, qui devaient lui parvenir dans le courant du mois de septembre 2024. La chambre de céans a refusé de lui accorder ce délai. Par réplique de son mandataire du 30 août 2024, l'assuré a persisté dans ses conclusions et dans ses demandes d'actes d'instruction.

d. Par courrier du 25 septembre 2024, l'OAI a également persisté dans ses conclusions.

e. À la fin du mois de septembre, le mandataire de l'assuré n'a fait parvenir à la chambre de céans aucune pièce médicale complémentaire.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

g. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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.

1.2 L'assuré étant encore mineur, il appartient à son représentant légal – son père en l'occurrence – d'interjeter recours ou de confier cette démarche à un avocat ou à un autre mandataire professionnellement qualifié (*cf.* art. 8 al. 2 et 9 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Le recours a été interjeté en temps utile par un avocat mandaté par le père de l'assuré (art. 60 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu

prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; *cf.* aussi art. 89B LPA). Il est ainsi recevable, sous réserve de ce qui est relevé ci-après, sous ch. 2.2.

2.

2.1 Le litige porte sur le refus de l'OAI de mesures médicales sous forme de prise en charge du suivi de l'assuré en neurologie pédiatrique.

2.2 Dans ses écritures, le recourant conclut également à ce que l'assuré soit mis au bénéfice de toutes autres mesures médicales, mesures d'ordre professionnel et/ou de moyens auxiliaires, et notamment de mesures d'accompagnement.

Il sied de rappeler qu'en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

Étant précisé que la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins.

Dans le cas d'espèce, les conditions pour l'extension à une question qui excède l'objet de la contestation ne sont pas remplies car il n'existe pas de lien étroit entre l'objet du litige et la demande d'extension à d'autres mesures, formulée *in abstracto* par l'assuré, sans compter que l'intimé ne s'est jamais prononcé auparavant sur une telle demande ; dès lors, les conclusions portant sur toutes autres mesures médicales, mesures d'ordre professionnel et/ou de moyens auxiliaires et notamment de mesures d'accompagnement sont exorbitantes au présent litige et doivent être déclarées irrecevables.

3. Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

La demande de mesures médicales étant postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

4. Par renvoi 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.

4.1 Dans le cadre du nouveau droit, les mesures médicales, selon le nouvel art. 12 LAI, diffèrent désormais de celles en vertu du nouvel art. 13 LAI (*cf.*, à ce sujet, Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur

l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI] du 15 février 2017, FF 2017 2363, en particulier p. 2409 et 2474 à 2479, [ci-après : Message]).

Notamment, le nouvel art. 12 LAI a pour titre « droit à des mesures médicales dans un but de réadaptation » et le nouvel art. 13 LAI « droit à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales » ; en outre, conformément au nouvel art. 14ter LAI, le Conseil fédéral – en particulier dans le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) – détermine : les conditions auxquelles doivent satisfaire les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 al. 3 LAI (let. a) ; les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI (let. b) ; les prestations de soins dont le coût est pris en charge (let. c).

À teneur du Message précité, le titre du nouvel art. 12 LAI est adapté afin de préciser que les mesures médicales visées ici ont pour but la réadaptation professionnelle ; cette adaptation met également en évidence la distinction avec les mesures médicales pour le traitement de l'affection en tant que telle (à savoir l'infirmité congénitale), qui sont réglées à l'art. 13 LAI ; le titre « droit en cas d'infirmité congénitale » est quant à lui remplacé, dans le nouvel art. 13 LAI, par « droit à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales », afin de préciser que cet article porte uniquement sur le traitement médical et non sur les mesures médicales de réadaptation (art. 12 LAI ; FF 2017 2474 et 2475).

Dans la perspective de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions dans la LAI, l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) a, par lettre circulaire du 30 novembre 2021, informé les associations faïtières des prestataires de soins médicaux et des assureurs maladie des modifications de l'ordonnance du département fédéral de l'intérieur (ci-après : DFI) concernant les infirmités congénitales du 3 novembre 2021 (OIC-DFI – RS 831.232.211).

L'OFAS a notamment précisé que « jusqu'à présent, la LAI ne contenait pas de critères clairs permettant d'inscrire une infirmité congénitale sur la liste des infirmités congénitales. Avec le développement continu de l'AI, les conditions de reconnaissance d'une infirmité congénitale sont inscrites (ou ancrées) au niveau de la loi (art. 13n LAI).

Les critères d'admission d'une infirmité congénitale dans la liste des infirmités congénitales sont désormais fixés dans le règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) ».

4.2 Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 20 ans, à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA).

Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

L'art 13 al. 2 LAI précise que les mesures médicales sont accordées pour le traitement des malformations congénitales qui font l'objet d'un diagnostic posé par un médecin spécialiste (let. a), qui engendrent une atteinte à la santé (let. b), qui présentent un certain degré de gravité (let. c), qui nécessitent un traitement de longue durée ou complexe (let. d) et enfin, qui peuvent être traitées par des mesures médicales au sens de l'art. 14 LAI.

Par renvoi de l'art. 14ter al. 1 let. a LAI, c'est le Conseil fédéral qui détermine les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI, étant précisé qu'il peut déléguer cette compétence au DFI ou à l'OFAS.

Dans sa nouvelle mouture de l'art. 3 RAI, le Conseil fédéral a précisé plusieurs notions relatives aux infirmités congénitales. Il a rappelé, à l'art. 3 al. 2 RAI, que la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale.

Par renvoi de l'art. 3bis al. 1 RAI, le Conseil fédéral a délégué au DFI le soin de dresser la liste des infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales.

Étant rappelé que sous l'ancien droit, le Conseil fédéral avait déjà délégué au DFI le soin de rédiger une liste des infirmités congénitales, ce que ce dernier avait fait en édictant l'OIC-DFI.

4.3 L'unique art. 1^{er} OIC-DFI précise que « les infirmités congénitales pour le traitement desquelles des mesures médicales sont accordées en vertu de l'art. 13 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité sont énumérées dans l'annexe ». Cette dernière mentionne, en détail, quelles sont les troubles de la santé qui sont reconnus comme étant des infirmités congénitales.

L'appréciation du Tribunal fédéral selon laquelle l'OIC-DFI « énumère de manière exhaustive les différentes infirmités congénitales donnant droit à des prestations » (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc ; arrêt du Tribunal 8C_203/2018 du 9 octobre 2018 consid. 5.1) est toujours d'actualité dans la nouvelle mouture de l'OIC-DFI (Message, FF 2017 2387-2388).

5.

5.1 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). 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).

5.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

6. En l'espèce, le mandataire du recourant reproche à l'intimé d'avoir écarté « de manière arbitraire » la demande de mesures médicales de son mandant. Selon lui, les faits pertinents auraient été constatés de manière incomplète et il y aurait lieu de procéder à des investigations complémentaires.

L'OAI de son côté, observe que les troubles de la santé de l'assuré ne sont pas d'origine congénitale, ce qui exclut la prise en charge de mesures médicales.

6.1 Dans ses deux rapports médicaux, faisant suite aux consultations ambulatoires de neurologie pédiatrique des HUG, respectivement du 12 mars 2021 et du 25 mai 2023, le Dr D_____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de trouble primaire et sévère du langage oral et trouble de l'acquisition du langage écrit. Il a décrit l'examen clinique ainsi que l'évolution, notamment au regard de la gravité des troubles et de leurs conséquences, ainsi que de l'orientation socio-professionnelle de l'assuré. Il n'a fait mention, à aucun moment, d'une éventuelle infirmité congénitale.

Pour prendre sa décision, l'OAI s'est notamment fondé sur l'appréciation du Dr D_____ qui a déclaré, sans ambiguïté, dans son appréciation médicale du 15 novembre 2023 adressée à l'OAI, qu'en ce qui concerne les troubles de l'assuré, « il ne s'agit pas d'une infirmité congénitale au sens de l'OIC ».

Le rapport médical du 15 décembre 2023, complété par le second médecin traitant de l'assuré, soit le Dr C_____, qui est pédiatre, ne mentionne aucune infirmité congénitale.

Ainsi, aucun des médecins traitants de l'assuré n'a évoqué que l'origine des troubles puisse résulter d'une infirmité congénitale, étant rappelé qu'en ce qui concerne les 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 consid. 3b/cc).

Compte tenu du fait qu'en dépit de la constatation selon laquelle le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour son patient, aucun des deux médecins traitants ne soutient l'origine congénitale des infirmités de l'assuré, on ne discerne pas en quoi la décision de l'OAI serait arbitraire.

6.2 Il convient de rappeler que les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

Or, en dépit de ses critiques sévères, l'assuré ne produit pas la moindre pièce médicale, rédigée par un médecin spécialiste, dont le diagnostic contredirait l'appréciation du Dr D_____ selon laquelle l'assuré ne souffre pas d'une infirmité congénitale.

Pas plus qu'il ne soulève d'éventuelles contradictions dans les appréciations des médecins traitants sur l'absence d'origine congénitale des infirmités ou ne mentionne des éléments, même indiciels, qui pourraient renforcer son argumentation.

Étant rappelé que le juge doit ordonner des investigations supplémentaires uniquement lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Partant, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré a échoué à apporter la preuve, par un diagnostic posé par un médecin spécialiste (art. 13 al. 2 let. a LAI), de l'existence d'une infirmité congénitale qui lui donnerait droit à la prise en charge de mesures médicales par l'OAI.

Les cinq critères de l'art. 13 al. 2 LAI étant cumulatifs (Message, FF 2017 2476), en l'absence de cette condition nécessaire, il est inutile d'examiner les quatre autres conditions posées par l'art. 13 al. 2 LAI.

6.3 S'agissant des mesures d'instruction requises par l'assuré, il sera rappelé que, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

Ainsi, l'assuré ayant eu largement l'opportunité de s'exprimer par écrit, une audience de comparution personnelle n'apparaît pas nécessaire, pas plus qu'une instruction médicale complète, dont les conclusions sont exorbitantes au présent

litige, ou la mise en œuvre d'une expertise médicale neurologique spécifique, dès lors que l'origine congénitale a été exclue. De même, il sera renoncé à l'audition des médecins traitants, ces derniers s'étant déjà prononcés par écrit, par ailleurs dans un sens contraire aux conclusions du recourant.

7.

7.1 À l'aune de ce qui précède, le recours sera rejeté.

7.2 Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare irrecevables les conclusions portant sur toutes autres mesures médicales, mesures d'ordre professionnel et/ou de moyens auxiliaires.
2. Déclare le recours recevable pour les mesures médicales visant à la prise en charge du suivi en neurologie pédiatrique.

Au fond :

3. Le rejette.
4. Renonce à la perception d'un émolument.
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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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