



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01
www.fr.ch/tc

605 2012 365

Arrêt du 3 novembre 2014

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président:

Johannes Frölicher

Juges:

Gabrielle Multone, Marc Sugnaux

Greffière-stagiaire:

Elodie Hogue

Parties

A. _____, **recourant**, représenté par son père **B.** _____

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité

Recours du 2 octobre 2012 contre la décision du 3 septembre 2012

considérant en fait

A. A. _____ (ci-après : le recourant), né en décembre 2009, souffre d'une maladie chromosomique connue en particulier sous le nom de syndrome de Wolf-Hirschhorn.

B. Par communication du 28 juillet 2010 faisant suite à une demande de prestations du 4 janvier 2010 (dossier AI, p. 5 et 19), l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Fribourg (l'Office de l'assurance-invalidité) a octroyé au recourant des mesures médicales concernant le traitement d'un hypospadias du tiers distal du pénis, reconnue comme infirmité congénitale au sens de l'ordonnance fédérale y relative (chiffre 352).

Par communications du 14 mars 2011 (dossier AI, p. 63 et 65), l'Office de l'assurance-invalidité a octroyé au recourant des soins infirmiers à domicile (pour la période du 1^{er} novembre 2010 au 31 janvier 2011) et des mesures médicales (pour la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2014) concernant le traitement d'une épilepsie, reconnue comme infirmité congénitale au sens de l'ordonnance fédérale y relative (chiffre 387). L'octroi de soins infirmiers à domicile concernant cette affection a été prolongé pour les périodes du 1^{er} mars 2011 au 31 août 2011, du 1^{er} septembre 2011 au 31 mai 2012 et du 1^{er} juin 2012 au 31 décembre 2012 (dossier AI, p. 87, 150 et 226)

Par communication séparée du 14 mars 2011 (dossier AI, p. 67), l'Office de l'assurance-invalidité a octroyé au recourant des mesures médicales concernant les suites d'un poids inférieur à 2'000 grammes à la naissance et le traitement d'une hypocalcémie, reconnus comme infirmité congénitale au sens de l'ordonnance fédérale y relative, pour la période allant de la naissance jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3'000 grammes (chiffre 494).

C. Dans un premier projet de décision du 15 mars 2011 (dossier AI, p. 69), l'Office de l'assurance-invalidité a annoncé qu'il entendait refuser l'octroi au recourant de mesures médicales concernant le syndrome de Wolf-Hirshhorn. Il a motivé sa position en indiquant que ce syndrome ne constituait pas une infirmité congénitale reconnue au sens de l'ordonnance fédérale y relative et que, dans une telle hypothèse, l'assurance-invalidité ne prenait en charge des mesures médicales que si l'état de santé de la personne assurée était pour l'essentiel stabilisé et si le traitement était de nature à avoir un effet important et durable sur la capacité de gain ou la possibilité d'accomplir les travaux habituels, conditions non remplies dans le cas du recourant.

Dans son courrier d'objections du 11 avril 2011 (dossier AI, p. 92), le père du recourant s'est référé à des avis émis par des médecins et physiothérapeute pour indiquer en substance que le syndrome de Wolf-Hirshhorn avait des formes existantes variées et que les symptômes présentés par son fils, tels que les troubles du tonus et le retard sévère du développement psychomoteur, justifiaient une prise en charge par l'assurance-invalidité.

Par communication du 10 août 2011 (dossier AI, p. 128), l'Office de l'assurance-invalidité a annoncé l'octroi de mesures médicales de durée limitée concernant le traitement de l'hypotonie associée au syndrome de Wolf-Hirschhorn. Cette hypotonie pouvait être reconnue comme infirmité congénitale au sens de l'ordonnance fédérale y relative, au titre de « légers troubles moteurs cérébraux » justifiant un traitement jusqu'à l'accomplissement de la deuxième année de vie (chiffre 390). Conformément à dite ordonnance, la prise en charge de mesures médicales, consistant pour l'essentiel en des séances de physiothérapie, a été octroyée pour une période de deux ans allant de la naissance jusqu'au 31 décembre 2011.

D. Dans un nouveau projet de décision du 26 mars 2012 (dossier AI, p. 196), faisant suite à une demande du 29 novembre 2011 de prolongation de la prise en charge des séances de physiothérapie au-delà de la date du 31 décembre 2011 (dossier AI, p. 148), l'Office de l'assurance-invalidité a refusé cette prolongation de prise en charge en tant que mesure médicale destinée au traitement du syndrome de Wolf-Hirshhorn. A l'appui de sa position, il a repris pour l'essentiel la motivation de son premier projet de décision du 15 mars 2011, en précisant que le syndrome de Wolf-Hirschhorn ne pouvait être assimilé ni à une paralysie cérébrale reconnue comme infirmité congénitale au sens de l'ordonnance fédérale y relative (chiffre 390), ni à une autre infirmité congénitale reconnue au sens de cette ordonnance.

Par courrier du 24 avril 2012 (dossier AI, p. 211), le père du recourant a formulé des objections. S'appuyant notamment sur un avis médical, il a relevé que son fils avait progressé au niveau de son développement psychomoteur sous l'influence de la psychothérapie et la poursuite de ce traitement était nécessaire afin de réduire les impacts de son handicap et de lui donner un maximum d'indépendance de mouvements pour toutes les activités de la vie quotidienne.

Par décision du 3 septembre 2012 (dossier AI, p. 258), l'Office de l'assurance-invalidité a confirmé le projet de décision du 26 mars 2012 dans son dispositif et dans ses motifs. Il a précisé en substance que la nécessité de poursuivre une physiothérapie ne faisait aucun doute, mais que celle-ci ne devait pas être prise en charge par l'assurance-invalidité en raison du fait que le syndrome de Wolf-Hirshhorn n'était pas une infirmité congénitale reconnue au sens de l'ordonnance fédérale y relative et que ce traitement n'était pas susceptible d'améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement des travaux habituels.

E. Agissant au nom de son fils par recours du 2 octobre 2012, le père du recourant conteste la décision du 3 septembre 2012 en tant qu'elle refuse la prise en charge de la physiothérapie au-delà du 31 décembre 2011. Dans un premier argument formel, il relève que la décision attaquée ne mentionne pas les raisons pour lesquelles l'existence d'une paralysie cérébrale est niée et qu'elle n'indique pas non plus les éléments qui permettent de conclure que le pronostic n'est pas suffisamment favorable pour justifier un traitement de physiothérapie. Le père du recourant se réfère ensuite à plusieurs articles scientifiques et avis médicaux pour affirmer que le syndrome de Wolf-Hirshhorn fait partie des paralysies cérébrales reconnues comme infirmités congénitales au sens de l'ordonnance fédérale y relative. Il reproche enfin à l'autorité intimée de ne pas reconnaître un pronostic suffisamment favorable, alors même que des études médicales et rapports médicaux attestent que des personnes atteintes du syndrome de Wolf-Hirshhorn ont pu atteindre un certain niveau de développement psychomoteur.

L'avance de frais requise de 400 francs a été acquittée dans le délai imparti.

Dans ses observations du 27 novembre 2012, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il relève d'abord que, suite à la communication du 10 août 2011 admettant la prise en charge de la physiothérapie pour une durée limitée à deux ans dès la naissance de leur enfant, les parents du recourant n'ont pas demandé la notification d'une décision sujette à recours. Pour l'essentiel, il écarte ensuite les affirmations du père du recourant selon lesquelles le syndrome de Wolf-Hirschhorn doit être classé comme une paralysie cérébrale pour réaffirmer que ce syndrome n'est pas une infirmité congénitale reconnue et que les conditions de sa prise en charge par l'assurance-invalidité ne sont pas remplies.

Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et valablement représenté, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si, compte tenu de son état de santé, le recourant peut prétendre, postérieurement à l'accomplissement de sa deuxième année de vie, la prise en charge par l'assurance-invalidité de mesures médicales, en particulier d'une physiothérapie.

3. a) Aux termes de l'art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20), les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établit une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il peut exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1 de l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales ; OIC; RS 831.232.21) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, 1^{ère} phrase OIC).

b) A l'instar d'autres pathologies entraînant des symptômes multiples, par exemple le syndrome de Down (voir ATF 114 V 26), de Rubinstein-Taybi (voir VSI 1999 p. 170), de Simpson-Golabi-Behmel (Tribunal fédéral, arrêt I 64/01 du 20 février 2002) ou de Norrie (Tribunal fédéral, arrêt I 22/02 du 28 mai 2002), le syndrome de Wolf-Hirschhorn ne peut être traité directement dans son ensemble, de sorte qu'il n'est pas susceptible de figurer comme tel dans la liste des infirmités congénitales. Cette liste se fonde en effet sur un critère fonctionnel; sa systématicité permet de tenir compte, dans l'intérêt évident de l'assuré, des symptômes isolés en tant que tels, indépendamment de leur étiologie, plutôt que des pathologies dans leur ensemble. D'après la jurisprudence, il est d'ailleurs conforme à la loi que, pour de telles affections polysymptomatiques, le traitement des divers troubles dont souffre l'assuré soit à charge de l'assurance-invalidité uniquement si ces troubles, considérés isolément, correspondent à l'une ou l'autre des infirmités congénitales énumérées dans l'annexe à l'OIC. Cela signifie qu'il est possible, dans les cas d'affections polysymptomatiques, de reconnaître des mesures médicales appropriées au traitement des divers troubles en cause, à la condition toutefois que ceux-ci, considérés isolément, correspondent à la notion d'infirmité congénitale selon l'annexe à l'OIC et que les conditions prévues au chiffre correspondant soient données (p. ex : malformation cardiaque en cas de syndrome de Down (Tribunal fédéral, arrêt I 718/05 du 8 novembre 2006, consid. 3.1; arrêt I 22/02 du 28 mai 2002, consid. 5a, et les références citées).

Partant, le syndrome de Wolf-Hirschhorn, dont la non-inclusion dans la liste des infirmités congénitales apparaît fondée sur des motifs objectifs et défendables, ne saurait ouvrir, comme tel, un droit aux prestations litigieuses. Il reste dès lors à examiner si les troubles dont souffre le recourant correspondent à une des infirmités congénitales figurant dans l'annexe à l'OIC. Dans le cas particulier, il s'agit de déterminer si, considérés isolément, ces troubles relèvent d'une paralysie cérébrale congénitale au sens du chiffre 390 de cette annexe.

4. a) A son chiffre 390, l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les « paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques [dystoniques et choréo-athétosiques], ataxiques) ».

Selon le chiffre 390.1 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (dans ses versions successives valables dès le 1^{er} janvier 2009; CMRM), 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 dyskinésie et une ataxie,
- une apparition précédant la fin de la période prénatale,
- l'absence d'une évolution,
- souvent, des troubles associés tels que difficultés d'apprentissage, handicap mental, troubles de la vue ou épilepsie.

Les troubles moteurs congénitaux de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique doivent être reconnus comme infirmités congénitales. Les troubles associés tels que ceux mentionnés ne sont pas considérés en eux-mêmes, c'est-à-dire sans les troubles moteurs décrits ci-dessus comme des infirmités congénitales.

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 (Babinski en extension, clonus) ainsi que des postures et des mouvements anormaux (chiffre 390.1.1 CMRM).

Les troubles moteurs ataxiques concernent quant à eux des parties de la motricité fine ou de la motricité corporelle. Pour la motricité fine, les symptômes nécessaires pour poser le diagnostic sont le tremblement d'intention ou tremblement d'action (tremblement accompagnant le mouvement de la main) et la dysmétrie (erreur dans l'amplitude du mouvement, empêchant de saisir correctement un objet). Les symptômes associés les plus fréquents sont les syncinésies (ouverture exagérée de la main au moment de lâcher l'objet manipulé) ainsi que, à l'examen neurologique, une hypotonie, une dysdiadochocinésie et/ou un phénomène de rebond positif. Pour la motricité corporelle, le trouble ataxique est défini par l'ataxie tronculaire (chiffre 390.1.2 CMRM).

Enfin, les dyskinésies sont des troubles moteurs caractérisés par des mouvements involontaires, accompagnés d'attitudes et de mouvements anormaux. En font partie notamment la chorée et l'athétose (chiffre 390.1.3 CMRM).

Le chiffre 390.2 CMRM précise encore que, du point de vue de l'assurance-invalidité, une hypotonie musculaire isolée ne fait pas partie des infirmités congénitales au sens du chiffre 390 OIC. Toutefois, il n'est pas rare qu'une hypotonie constitue un symptôme précoce d'un trouble moteur cérébral et elle peut donc à ce titre fonder une infirmité congénitale au sens du chiffre 395 OIC si celle-ci n'a pas d'autre étiologie plus vraisemblable (trisomie 21 par exemple).

b) En lien avec les différentes indications qui précèdent, tirées de la CMRM, il convient de relever que les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales et visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles 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. Les tribunaux en contrôlent librement la légalité et doivent s'en écarter dans la mesure où elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (voir entre autres Tribunal fédéral, arrêt 9C_818/2009 du 20 novembre 2009, consid. 3.2.2, et les références citées).

S'agissant plus particulièrement des atteintes à la santé qui entrent dans le champ du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC, la jurisprudence du Tribunal fédéral met en évidence que la pratique administrative a décrit ces atteintes de façon relativement étroite, puisqu'elle a prévu un certain nombre de caractéristiques que doit présenter une atteinte à la santé pour être qualifiée de paralysie cérébrale congénitale au sens de cette disposition administrative. Selon cette jurisprudence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conditions relativement restrictives prévues par la directive administrative aux ch. 390.1 ss CMRM, dès lors qu'elles sont compatibles avec les règles légales applicables (Tribunal fédéral, arrêt 9C_818/2009 du 20 novembre 2009, consid. 5.1; arrêt I 210/03 du 26 août 2003). Il est rappelé à cet égard que le Conseil fédéral dispose d'une large compétence normative conférée par l'art. 13 al. 2 LAI et de la possibilité, déléguée au Département fédéral de l'intérieur, de corriger la liste à bref délai en y ajoutant des infirmités congénitales évidentes (art. 1 al. 1 2ème phrase OIC), le système mis en place permettant de tenir raisonnablement compte des progrès de la science médicale (Tribunal fédéral, arrêt 9C_818/2009 du 20 novembre 2009, consid. 5.1; arrêt I 544/97 du 14 janvier 1999, in VSI 1999 p. 170).

c) En l'espèce, l'autorité intimée nie que le recourant soit atteint d'une infirmité congénitale au sens du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC. Se référant à plusieurs avis rendus par Dr C. _____ et Dr D. _____, médecins auprès du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), elle affirme que les conditions requises pour reconnaître l'existence d'une telle infirmité congénitale (paralysie cérébrale) ne sont pas remplies, en précisant que le syndrome de Wolf-Hirschhorn et ses symptômes ne peuvent être rattachés à aucune autre infirmité congénitale reconnue.

Se référant à plusieurs avis médicaux et à des extraits de publications d'études cliniques, le père du recourant affirme quant à lui que son fils, comme la plupart des personnes atteintes par le syndrome de Wolf-Hirschhorn, présente notamment une hypotonie et des troubles moteurs congénitaux dyskinétiques, involontaires, accompagnés d'attitudes et de mouvements anormaux. Il affirme sur cette base que son fils est atteint d'une paralysie cérébrale congénitale au sens du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC.

d) A la lecture de la décision attaquée et des avis des médecins du SMR cités en référence, il apparaît que l'autorité intimée admet l'existence de troubles neurologiques, notamment un retard du développement psychomoteur et une hypotonie axiale assez importante, mais qu'elle nie l'existence d'une paralysie cérébrale au sens du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC, en tenant compte du fait que ces troubles sont associés au syndrome de Wolf Hirschhorn. Par ce raisonnement, l'autorité intimée n'a pas examiné si, considérés isolément, les troubles neurologiques admis, éventuellement associés à d'autres troubles neurologiques qui ressortent des rapports médicaux figurant au dossier, correspondaient aux caractéristiques d'une paralysie cérébrale congénitale au sens de la disposition en cause et de la directive administrative y relative. En particulier, elle n'a procédé à aucune constatation de fait relative aux éléments énumérés au chiffre 390.1 CMRM, à l'exception de la mention de l'hypotonie qu'elle a considérée d'emblée comme non pertinente en raison du fait qu'elle était liée au syndrome de Wolf-Hirschhorn.

Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner d'office si les documents médicaux figurant au dossier permettent d'établir si le recourant présente l'un ou l'autre des éléments caractérisant une

paralysie cérébrale congénitale au sens de la CMRM, plus spécifiquement des troubles de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique :

- S'agissant des avis médicaux émanant du SMR, le rapport du 18 février 2011 de Dr C. _____ (dossier AI, p. 61) mentionne que les enfants souffrant du syndrome de Wolf-Hirschhorn se présentent avec un faciès caractéristique, un retard intra-utérin suivi d'un retard de croissance post-natal, une hypotonie musculaire et un retard de développement avec un retard mental, en indiquant de façon générale qu'il y a encore d'autres signes et d'autres symptômes, mais sans préciser lesquels et sans indiquer s'ils incluent des troubles de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique. Dans son rapport du 2 mars 2012 (dossier AI, p. 228), le même médecin fait notamment état que le recourant souffre de troubles épileptiques et d'une hypotonie axiale assez importante, en précisant que celle-ci n'entre pas dans le champ d'application du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC, puisqu'elle est associée au syndrome de Wolf-Hirschhorn. Cet avis est confirmé par le rapport du 6 juillet 2012 de Dr D. _____ (dossier AI, p. 244).
- Dans son rapport du 14 janvier 2010 (dossier AI, p. 15), Dr E. _____, Spécialiste FMH en chirurgie pédiatrique, pose le diagnostic d'hypospadias du tiers distal du pénis (chiffre 352 de l'annexe à l'OIC). Ce diagnostic est notamment confirmé par le rapport médical du 28 octobre 2010 de Dr F. _____, cheffe de clinique (dossier AI, p. 45) qui mentionne également l'existence d'une hypocalcémie. Ces rapports ne font pas mention de troubles de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique.
- Dans ses rapports et certificats médicaux du 7 décembre 2010 (dossier AI, p. 89), A. _____ 2010 (dossier AI, p. 55), 18 février 2011 (dossier AI, p. 163), 17 juin 2011 (dossier AI, p. 134) et 5 août 2011 (dossier AI, p. 139), 1^{er} novembre 2011 (dossier AI, p. 167), 12 janvier 2012 (dossier AI, p. 169) et 9 août 2012, Dr G. _____, neuropédiatre auprès de l'unité de neuropédiatrie et neuroréhabilitation pédiatrique du H. _____ fait référence au diagnostic d'épilepsie congénitale (chiffre 387 de l'annexe à l'OIC), en lien avec un syndrome de Wolf-Hirschhorn, et fait état d'un retard staturo-pondéral important et d'un retard de développement psychomoteur sévère. De façon plus spécifique, le rapport médical du 18 février 2011 mentionne le fait que le recourant, en sus de crises épileptiques, présente également de manière occasionnelle des mouvements de type myoclonies du membre supérieur gauche ou droit. A cet égard, le rapport du 1^{er} novembre 2011 fait ressortir que les parents du recourant n'ont plus observé les mouvements myocloniques rapides qui survenaient plusieurs fois par jour. Le rapport du 9 août 2012 mentionne toutefois à nouveau plusieurs épisodes paroxystiques avec des mouvements de tête horizontaux et au cours desquels l'enfant tape des jambes lorsqu'il est en position couchée. Au-delà de ce qui précède, Dr G. _____ ne se prononce pas sur l'existence de troubles de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique au sens du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC.
- Dans ses rapports du 7 février 2012 (dossier AI, p. 186) et du 23 août 2012 (dossier AI, p. 272), Dr I. _____, cheffe de clinique auprès de l'unité de neuropédiatrie et neuroréhabilitation pédiatrique du H. _____, confirme les diagnostics de syndrome de Wolf-Hirschhorn, épilepsie et retard staturo-pondéral sévère. Elle fait par ailleurs référence à des constats de la physiothérapeute selon lesquels le recourant présente des mouvements stéréotypés sous forme de frottements de la tête avec ses mains et de rotations très rapides de la tête lorsqu'il n'est pas dans une activité, ainsi qu'au niveau des jambes qu'il replie et déplie de façon répétitive entraînant parfois une déformation des genoux en valgus. Elle observe quant à elle une hypotonie générale importante, mais pas de mouvements anormaux, et ne se prononce pas non plus sur l'existence de troubles de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique au sens du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC.

- Dans ses rapports du 11 avril 2011 (dossier AI, p. 90) et du 28 novembre 2011 (dossier AI, p. 145), J. _____, physiothérapeute pédiatrique fait état d'une hypotonie globale importante et d'un sévère retard dans le développement psychomoteur. Elle ne se prononce toutefois pas spécifiquement sur l'existence de troubles de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique au sens du chiffre 390 de l'annexe OIC.

Dans son rapport du 30 septembre 2012 établi à l'attention du Tribunal cantonal et annexé au recours du 2 octobre 2012, J. _____ confirme notamment que le recourant souffre d'une hypotonie généralisée, mais prédominant au niveau du tronc, et d'un retard très important du développement psychomoteur caractérisé par des mouvements globaux pauvres ainsi que des mouvements anormaux au niveau du tronc en extension et plus spécifiquement des mouvements anormaux des membres supérieurs.

- Dans leurs rapports respectifs du 11 janvier 2012 (dossier AI, p. 200) et du 3 mai 2012 (dossier AI p. 224), Dr K. _____, médecin associé du Département médico-chirurgical de pédiatrie du H. _____, et Dr L. _____, médecin agréé de l'unité de phoniatry et de logopédie du même hôpital, se concentrent essentiellement sur une problématique de stagnation pondérale et de difficultés d'alimentation.

En l'absence d'un avis médical circonstancié sur ce point, les éléments ressortant de différents rapports médicaux faisant état non seulement d'une hypotonie, mais également de mouvements anormaux, ne sont pas suffisants pour nier ou, au contraire, reconnaître l'existence d'un trouble moteur cérébral de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique au sens du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC. Certes, il ressort de la pratique administrative et de la jurisprudence qu'une seule hypotonie musculaire ne constitue pas un tel trouble (voir chiffre 390.2 CMRM ; Tribunal fédéral, arrêt I 64/01 du 20 février 2002 et les références citées). Toutefois, l'existence de mouvements anormaux mentionnés dans les rapports précités pourrait conduire à admettre que les conditions du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC sont remplies, pour autant qu'il soit établi qu'ils résultent d'une paralysie cérébrale congénitale et peuvent être qualifiés de troubles spastiques, ataxiques et/ou dyskinétiques au sens du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC.

Dans ces circonstances, il convient d'admettre le recours, sans qu'il soit nécessaire d'examiner les griefs du recourant relatifs d'une part à une motivation insuffisante de la décision attaquée et d'autre part à une application erronée de l'art. 12 LAI concernant le droit à des mesures médicales qui ne visent pas le traitement de l'affection comme telle, mais sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement des travaux habituels. La décision attaquée sera en conséquence annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour qu'il complète son instruction, au besoin en interpellant les médecins traitants du recourant sur la présence des éléments caractérisant une paralysie cérébrale congénitale au sens du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC (en relation avec les chiffres 390.1 et suivants CMRM), puis se prononce à nouveau.

5. a) En vertu des dispositions introduites dans le cadre de la première partie de la cinquième révision de l'AI, entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2006 et prévoyant notamment la suppression de la gratuité de la procédure dans le domaine de l'assurance-invalidité, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par 400 francs. L'avance du même montant est remboursée au recourant.

b) Le recourant n'étant pas assisté d'un mandataire, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens.

la Cour arrête:

- I. Le recours est admis et la décision attaquée annulée.
Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- II. Les frais de justice, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de l'autorité intimée.
- III. L'avance de frais de 400 francs est restituée au recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. Communication.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 3 novembre 2014/msu

Président

Greffière-stagiaire