

GE_GERICHTE A/2911/2012 vom 4. Dezember 2012

GE Cour de justice, 2012-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2911_2012

FR: GE_GERICHTE A/2911/2012 du 4 décembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/2911/2012 del 4 dicembre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 04.12.2012
A/2911/2012

A/2911/2012 ATAS/1461/2012 du 04.12.2012 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2911/2012
ATAS/1461/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 4
décembre 2012 2ème Chambre En la cause Mineur C _____, domicilié au
Petit-Lancy, représenté par sa mère, Madame D _____ recourant contre OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201
Genève intimé EN FAIT L'enfant C _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), est né
en 2001. Une demande de prestations d'invalidité a été déposée le 27 août 2001 auprès de
l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OAI), mais
le Dr L _____, responsable de l'unité de néonatalogie, a précisé le 11 décembre 2001
que c'était par erreur car il n'y a pas de traitement intensif pour la détresse respiratoire au
sens de l'AI. Selon le rapport de la division de néonatalogie du 22 août 2001, l'enfant avait
été transféré en division de néonatalogie pour une surveillance durant un jour, à l'issue
duquel il était retourné à la maternité, la gazométrie, la radio du thorax normales et
l'excellente évolution clinique avec disparition de la détresse respiratoire confirmant le
diagnostic de détresse provisoire. Par décision du 16 novembre 2001, la demande de
mesures médicales a été refusée aucun traitement intensif en milieu hospitalier n'étant
nécessaire dans ce cas. Une deuxième demande a été déposée le 23 décembre 2011, pour
l'octroi de mesures médicales, soit les frais de transport pour se rendre à l'hôpital de jour, en
raison de troubles du comportement existant depuis 2007. Il ressort du rapport médical du
Dr M _____, chef de clinique, pédopsychiatre auprès de l'Office
médico-pédagogique, et de Mme N _____, psychologue, du 17 avril 2012, que
l'enfant souffre, depuis avril 2010 de troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels
(F92.9) et d'autres évènements liés à la famille (Z637), le traitement nécessaire étant une
psychothérapie individuelle ainsi qu'un suivi à l'hôpital de jour des HUG et un traitement
médicamenteux. Il ne s'agit pas d'une infirmité congénitale. Après une petite enfance
difficile, le divorce de ses parents et des conflits concernant le droit de visite, la consultation
spécialisée, prévue en 2009 n'a pas lieu en raison d'un accident subi par l'enfant. Cette
consultation est mise en place en mars 2010 et une prise en charge psychothérapeutique
tous les quinze jours est instaurée. En 2010 (recte: 2011), l'enfant est hospitalisé à deux
reprises en médecine A2, la première fois suite à un tentamen dans la cour d'école (22
février - 13 avril 2011) et la seconde quelques semaines après, en raison de troubles de
comportements dans le cadre scolaire (1 er juin - 8 juillet 2011). Un traitement
médicamenteux est introduit par du Risperdal®. Les absences prolongées aggravent le
retard scolaire et l'enfant double sa 6P (Harmos). Malgré une intensification du suivi
psychothérapeutique à raison d'une fois par semaine, le comportement dans le cadre scolaire

est péjoré dès la rentrée scolaire 2011-2012 et l'enfant est hospitalisé une semaine en novembre 2011 en raison de difficultés de sommeil et de nervosité et il est, depuis lors, suivi à l'hôpital de jour à raison de 2 jours/semaine. La situation se dégrade toutefois et l'enfant est sorti de sa classe, travaillant seul dans le bureau de la directrice de l'école durant les deux jours où il s'y trouve. Il est intégré dans l'école spécialisée X_____ dès le 9 janvier 2012, avec le maintien du suivi à l'hôpital de jour et la psychothérapie hebdomadaire ainsi que la modification du traitement (Risperdal®-Ritaline® dès février 2012). Depuis quelques semaines, l'enfant est plus calme et il est prévu de progressivement diminuer l'hôpital de jour en faveur d'une intégration plus importante à la Voie lactée. En raison des troubles importants du comportement auto et hétéro-agressif et des fugues, ainsi que de leur caractère impulsif, il est difficile de demander à l'enfant de se déplacer seul du Petit-Lancy à l'Hôpital cantonal, ce qui motive la demande de prise en charge du transport du domicile à l'hôpital de jour le matin et de l'hôpital de jour au parascolaire de son ancienne école l'après-midi, deux fois par semaine. La prise en charge des mesures psychothérapeutiques est demandée car elles durent depuis plus d'un an. S'agissant de la durée du traitement, la psychothérapie à raison de une à deux séances par semaine durant deux ans encore est à réévaluer ensuite et la prise en charge à l'hôpital de jour, deux jours par semaine, prévue jusqu'à la fin de l'année scolaire 2011-2012 est à réévaluer avec l'école la Voie lactée. Le Dr O_____ du SMR a estimé que la psychothérapie et l'hospitalisation de jour traitent l'affection comme telle, mais vont aussi améliorer les résultats scolaires. En raison du flou concernant la durée du traitement et le pronostic, le rapport coût/efficacité est incertain et il n'y a pas d'autre affection qui diminue la capacité de gain. Par projet du 11 juin 2012, confirmé par décision du 22 août 2012, l'OAI refuse l'octroi de mesures médicales, au motif qu' à défaut d'infirmité congénitale au sens de l'art. 13, la situation a été examinée sous l'angle de l'art. 12, dont les conditions ne sont pas remplies, car la psychothérapie et l'hospitalisation de jour traitent l'affection comme telle, mais la durée du traitement et le pronostic sont incertains. Par acte du 20 septembre 2012, représenté par sa mère, l'enfant forme recours contre la décision et confirme le besoin de soins et de transport, précisant que le médecin fera tenir à la Cour un compte rendu. Le Dr M_____ a attesté, le 20 septembre 2012, que l'enfant bénéficie d'un traitement psychothérapeutique régulier, une fois par semaine, assuré par la psychologue depuis plus d'une année et, en raison du traitement médicamenteux, d'un suivi médical une à deux fois par mois assuré par ses soins. La prise en charge groupale à l'hôpital de jour favorise ses capacités d'intégration dans un groupe de pairs. La prise en charge médico-psychologique vise à stabiliser l'état affectif, améliorer les troubles du comportement ainsi que les capacités de concentration afin qu'il puisse s'investir davantage dans les apprentissages scolaires. Les fruits de cette prise en charge multidisciplinaire sont déjà palpables : l'enfant n'a pas été ré hospitalisé depuis neuf mois, les troubles du comportement sont améliorés, il est intégré en milieu scolaire, entre dans les apprentissages et fait des progrès. Le médecin estime que les mesures thérapeutiques sont indispensables afin que l'enfant investisse l'école et ses relations scolaires, dans le but de pouvoir accéder à un futur professionnel. Un éventuel arrêt de l'encadrement serait fort dommageable pour son développement psychologique et ses capacités d'intégration socioprofessionnelles ultérieures. Par pli du 23 octobre 2012, l'OAI conclut au rejet du recours, s'agissant de la prise en charge de mesures médicales, soit de psychothérapie, ainsi que des frais de transport y relatifs. L'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation. En effet, selon

l'art. 12 LAI, l'assurance ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables-défectueux ou des pertes de fonction, soit seulement au moment où la phase du phénomène pathologique labile est achevée et qu'un état relativement stabilisé est apparu, et ce pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante de la capacité de travail. Or, les troubles présentés ne sont pas des infirmités congénitales et la psychothérapie-hospitalisation traitent l'affection en tant que telle. De surcroît, tant la durée du traitement que le pronostic sont incertains, de sorte que les conditions de l'art. 12 LAI ne sont pas remplies. Un délai a été fixé à la mère de l'assuré pour consulter les pièces, cas échéant se déterminer, ce qu'elle n'a pas fait. Les parties ont été informées le 21 novembre 2012 que la cause était gardée à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, ainsi que la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 sont applicables. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieux le droit du recourant à la prise en charge, au titre de mesure médicale, d'un traitement de psychothérapie et les frais de transports entre l'Hôpital et son domicile et/ou le parascolaire qu'il fréquente, en application de l'article 12 LAI, aucun médecin ne retenant que les troubles du comportement dont il souffre seraient une infirmité congénitale au sens de l'article 13 LAI. a) Aux termes de l'art. 8 al. 2 LPGA, les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) En vertu de l'art. 12 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. À teneur de l'art. 14 al. 1^{er} LAI, les mesures médicales de réadaptation prises en charge par l'assurance-invalidité en vertu des art. 12 ou 13 LAI comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (let. a); les mesures médicales comprennent également les médicaments ordonnés par le médecin (let. b). Lorsque le traitement a lieu dans un établissement hospitalier ou de cure, l'assuré a droit en outre à la nourriture et au logement en division commune (al. 2). Selon l'art. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état

actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate (al. 1^{er}). a) La loi désigne sous le nom de "traitement de l'affection comme telle" les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. Ce n'est qu'au moment où la phase du phénomène pathologique labile (primaire ou secondaire) est achevée et qu'un état stabilisé ou relativement stabilisé est apparu, qu'on peut se demander - dans le cas des assurés majeurs - si une mesure médicale est une mesure de réadaptation. b) Pour les assurés mineurs, des mesures médicales visant l'intégration professionnelle peuvent être accordées, nonobstant le caractère encore momentanément labile de l'affection, si, sans cette mesure ponctuelle ou d'urgence (par exemple une opération) ou d'une certaine durée (par exemple de la physiothérapie ou de l'ergothérapie) mais non pas illimitée dans le temps (RCC 1984, p. 523), une guérison incomplète serait obtenue, à savoir que subsisterait un état défectueux stabilisé, difficilement corrigible, préjudiciable à la formation professionnelle et/ou à la capacité de gain (ATF 131 V 9 consid. 4.2 p. 21; RCC 1984 p. 523 consid. 1; ATF 131 V 21, consid. 4.2 et les références; 105 V 20; VSI 2003, p. 105, consid. 2). En d'autres termes, la mesure doit empêcher la survenance d'un état défectueux stabilisé. Sont par contre exclues les mesures médicales qui se limitent à retarder ou différer le moment de la survenance d'un état défectueux stabilisé, avec l'aide de traitements ou de thérapies de durée indéterminée (arrêt du TF du 12 mai 2005, I 436/05; arrêt du TF du 23 septembre 2004, I 23/04). En effet, lorsqu'il s'agit seulement de retarder la survenance d'un état pathologique stable au moyen d'une thérapie permanente, on ne peut parler de guérison. Dans tous les cas de ce genre, les mesures constituent le traitement (permanent) de l'affection comme telle. C'est pourquoi l'on ne peut leur reconnaître le caractère prépondérant de mesures de réadaptation au sens de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 42, 100 V 43 consid. 2a et ATF 100 V 107; VSI 1999 p. 130 et RCC 1984 p. 523 consid. 1 et 2; ATFA non publié I 64/01 du 20 février 2002, consid. 5b). Ainsi, il faut que ces mesures ne relèvent pas d'emblée de l'assurance-maladie, parce qu'elles constituent des mesures médicales de durée illimitée qui servent en soi au traitement de l'affection et n'ont dès lors pas un caractère prépondérant de mesures de réadaptation au sens de la LAI (VSI 2000 p. 65 consid. 1 et 4b et RCC 1984 p. 524 consid. 1 ainsi que les références). c) L'art. 12 LAI exige en outre que ces mesures soient directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain. Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de cette disposition lorsque, selon toute vraisemblance, celle-ci se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 consid. 3b p. 83, 101 V 43 consid. 3b p. 50 avec les références). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 43 consid. 3c p. 52, 98 V 205 consid. 4b p. 211 s.). Ainsi, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres

à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre un succès durable et important au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation et le succès de la réadaptation ne constitue donc pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194, consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19 et 149, 104 V 82, 102 V 42). La question du caractère important du succès de la réadaptation doit, en outre, être résolue en fonction d'une part de la gravité de l'infirmité, et d'autre part du genre de l'activité lucrative exercée par l'assuré ou entrant en ligne de compte pour lui dans le cadre d'une réadaptation optimale. Dès lors, il n'y a pas lieu de prendre en considération les circonstances personnelles qui n'ont pas de rapport avec l'activité lucrative exercée par l'assuré (ATF 115 V 199 consid. 5a, 200 consid. 5c et les références; ATFA non publié du 25 janvier 2000, I 411/99). En cas de troubles psychiques, la jurisprudence considère que l'historique de la maladie doit être pris en considération pour évaluer le résultat qu'il y a lieu d'escompter d'une mesure médicale (arrêt I 343/04 du 3 décembre 2004 consid. 2.2). En particulier, plus un laps de temps important s'est écoulé depuis le début du traitement entrepris, plus l'issue de celui-ci apparaît incertaine (arrêt 532/04 du 8 février 2005 consid. 2.3 et les références citées). Les mesures médicales ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité dans le cas d'assurés mineurs lorsqu'elles portent sur des maladies psychiques, qui en l'état des connaissances de la médecine, ne peuvent s'amender de manière durable sans traitement continu, comme c'est par exemple le cas pour la schizophrénie (ATF 105 V 19). d) Le Tribunal fédéral a jugé que, bien que la question de savoir si le traitement visait ou non l'affection comme telle n'était pas résolue et resterait ouverte, la prise en charge de la physiothérapie et de l'ergothérapie n'incombait pas à l'OAI dès lors que la durée des mesures médicales dépendait de l'évolution de l'enfant, ce qui impliquait que la durée du traitement n'était pas déterminée et était aléatoire (arrêt du 30 septembre 2010, 9C_1074/2009). a) L'art. 19 LAI et 9 RAI, prévoyaient la prise en charge des frais de transports nécessaires à l'exécution des mesures de nature pédago-thérapeutique et les frais de transport supplémentaires que l'assuré devait supporter, en raison de son invalidité, pour pouvoir fréquenter l'école publique. Depuis le 1^{er} janvier 2008, la prise en charge de l'ensemble des mesures relevant de la formation scolaire spéciale, dont la contribution aux frais d'une école spécialisée pour les enfants atteints de graves troubles du comportement (art. 8 al. 4 RAI), et les frais de transports y relatifs (art. 8 quater RAI) sont du ressort des cantons de sorte que les art. 19 LAI ainsi que 8 à 12 RAI ont alors été abrogés. Sous "dispositions diverses", l'art. 51 LAI prévoit que les frais de voyage en Suisse nécessaires à l'exécution des mesures de réadaptation sont remboursés à l'assuré et l'art. 90 RAI précise que les frais de transports nécessaires, sont les frais de trajets parcourus pour se rendre chez l'agent d'exécution le plus proche. b) Selon l'art. 25 al. 2 let. g de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), l'assurance obligatoire des soins prend en charge une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage. Selon l'art. 26 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31), l'assurance-maladie obligatoire prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis,

apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé, pour autant que le transport soit assuré par une entreprise qui effectue le transport de personnes à titre professionnel (arrêt n.p. du 4 mai 2012, 9C_759/2011). c)

L'art. 3 de l'accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée du 25 octobre 2007 (AICPS, RS/GE C 1 08) prévoit que de la naissance à l'âge de vingt ans révolus, les enfants et les jeunes qui habitent en Suisse ont droit à des mesures appropriées de pédagogie spécialisée, notamment durant la scolarité obligatoire, s'il est établi qu'ils sont entravés dans leurs possibilités de développement et de formation au point de ne pas ou de ne plus pouvoir suivre l'enseignement de l'école ordinaire sans soutien spécifique, ou lorsqu'un autre besoin éducatif particulier a été constaté. Selon l'art. 4 AICPS, l'offre de base en pédagogie spécialisée comprend : le conseil et le soutien, l'éducation précoce spécialisée, la logopédie et la psychomotricité (a); des mesures de pédagogie spécialisée dans une école ordinaire ou dans une école spécialisée (b), ainsi que la prise en charge en structures de jour ou à caractère résidentiel dans une institution de pédagogie spécialisée (c). Les cantons prennent en charge l'organisation des transports nécessaires ainsi que les frais correspondants pour les enfants et les jeunes qui, du fait de leur handicap, ne peuvent se déplacer par leurs propres moyens entre leur domicile et l'établissement scolaire et/ou le lieu de thérapie. Le règlement sur l'intégration des enfants et des jeunes à besoins éducatifs particuliers ou handicapés (RIJBEP; RS/GE C 1 12.01) précise que la prestation "transport" comprend les transports nécessaires des enfants et des jeunes à besoins éducatifs particuliers ou handicapés entre leur domicile et le lieu de scolarité spécialisée et les frais correspondants et les transports de ces enfants et jeunes vers les lieux de thérapie, lorsqu'ils ne peuvent se déplacer par leurs propres moyens en raison de leur handicap (art. 10). En l'espèce, les deux rapports du psychiatre traitant de l'assuré confirment que les traitements dispensés traitent l'affection comme telle, ne serait-ce qu'en raison du fait que l'état de santé s'améliore depuis que les traitements psychothérapeutiques et médicamenteux ont été adaptés, ce qui démontre que l'état de santé est encore labile. Or, le traitement destiné à soigner un état de santé qui n'est pas stabilisé ne relève pas de l'assurance-invalidité. Cela étant, il n'est pas exclu selon la jurisprudence que le traitement d'une affection encore provisoirement labile soit pris en charge par l'OAI, pour un enfant, à la double condition qu'à défaut de ces mesures médicales, il n'y aurait qu'une guérison imparfaite, ou qu'il subsisterait un état stabilisé défectueux qui entraverait la formation professionnelle ou la capacité de gain, voire toutes les deux et que la durée du traitement soit clairement limitée dans le temps. Or, dans le cas d'espèce, l'enfant suit un traitement de psychothérapie depuis mars 2010, modifié, intensifié, puis allégé en fonction de son évolution, ainsi qu'un traitement médicamenteux, adapté en 2011. Son médecin estime en septembre 2012 que ces traitements doivent être poursuivis en tout cas durant deux ans encore, ce qui implique d'ores et déjà un traitement de 4 ans et demi, cette durée étant encore à réévaluer en 2014. S'agissant des deux jours de prise en charge à l'hôpital de jour, ils devraient à terme être supprimés lors de l'intégration complète à l'école spécialisée la Voie lactée, sans que ce terme soit définitivement fixé. Ainsi, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante exigée par la jurisprudence que la psychothérapie entreprise par le recourant est destinée à soigner son trouble psychique sur le long terme, sans limite claire dans le temps, ce qui exclut en soit la prise en charge par l'assurance-invalidité (cf. l'arrêt du 5 avril 2012, 9C_850/2011). Pour le surplus, il ne fait pas de doute que, si le traitement entrepris améliore les troubles du comportement et permet ainsi une meilleure

concentration et des succès scolaires, il sera aussi bénéfique quant aux chances d'intégration professionnelle, mais cela n'est pas déterminant selon la jurisprudence constante, car le succès thérapeutique implique, en principe, des effets bénéfiques sur la vie active et la capacité de travail. Il découle de ce qui précède que les frais de traitement doivent rester à la charge de l'assurance-maladie et ne relèvent pas de l'assurance-invalidité, sans que l'on discerne pourquoi ces traitements - pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire - devraient être interrompus à défaut de prise en charge par l'assurance-invalidité.

Manifestement, les thérapeutes de l'enfant ont cru que tout traitement médical de plus d'un an relevait de l'assurance-invalidité, vraisemblablement en raison d'une analogie erronée avec une incapacité de travail de plus d'un an. Quant au suivi à l'hôpital de jour, non seulement sa durée n'est pas fixée, mais de plus, il n'est pas clairement établi s'il s'agit d'un traitement médical psychothérapeutique plutôt que d'une éducation spécialisée à la charge du canton. S'agissant des frais de transport nécessaires pour aller de l'école la Voie lactée à l'hôpital de jour, ils n'incombent pas non plus à l'OAI, pour les motifs qui précèdent, dans la mesure où ils ne sont pas liés à une mesure de réadaptation et du fait du transfert de compétence aux cantons concernant l'éducation spécialisée. L'assuré peut le cas échéant solliciter de son assurance-maladie et/ou du canton l'examen de la prise en charge partielle ou totale de ces frais de transport, mais cette question excède l'objet du litige et il n'appartient pas à la Cour de céans d'examiner si les conditions d'octroi en sont réalisées. Au vu de ce qui précède, la décision de l'OAI sera confirmée et le recours rejeté. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 Irène PONCET La Présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.