

## **GE\_GERICHTE A/3759/2010 vom 24. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3759\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3759_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/3759/2010 du 24 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE A/3759/2010 del 24 maggio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

ème Chambre En la cause CSS ASSURANCE, sise Tribschenstrasse 21, 6002 Lucerne recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève Mineure CA\_\_\_\_\_, représentée par son père, Monsieur C\_\_\_\_\_, à Confignon intimé appelée en cause EN FAIT L'enfant CA\_\_\_\_\_ (ci-après : l'enfant assuré) est née en 1999 et souffre de trisomie 21. Le 20 août 1999, ses parents ont sollicité l'octroi de mesures médicales au moyen des formulaires de demande de prestations AI pour assurés âgés de moins de 20 ans révolus. L'enfant assuré est couvert par CCS ASSURANCE (ci-après : la recourante ou l'assurance-maladie), dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire pour les soins. Par courrier du 25 novembre 1999, les parents de l'enfant assuré demandèrent la prise en charge de l'AI pour des mesures pédo-thérapeutiques par le Service itinérant à domicile. Dans ce cadre, le Dr L\_\_\_\_\_, pédiatre, indiqua qu'un diagnostic de trisomie 21 avait été posé au 4 ème jour de vie, par le caryotype. Un diagnostic de reflux vésico-urétéral stade 4 bilatéral a également été posé. Par quatre communications entre le 25 et le 28 janvier 2000, l'Office AI confirma aux parents de l'enfant assuré que cette dernière avait le droit à des mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI, sous forme de prise en charge du traitement de l'hydronéphrose congénitale, des malformations du cœur et des vaisseaux et de reflux vésico-urétéral, y compris des contrôles. L'enfant assuré avait également droit à une formation scolaire spéciale au sens de l'art. 19 LAI, ceci dès le 4 novembre 1999 et jusqu'à son intégration complète, ceci par le Service éducatif itinérant. Par communication du 17 avril 2000, l'OAI a pris en charge les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI, soit le traitement des troubles moteurs cérébraux, y compris les contrôles médicaux. Par décision du 17 juillet 2000, l'OAI refusa de prendre en charge les mesures médicales ophtalmologiques concernant le traitement d'une amblyopie sur strabisme, demandée par les parents de l'enfant assuré le 7 mars 2000, aux motifs que l'acuité visuelle, corrigée de manière optimale, ne parvenait pas aux limites fixées par l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales. Par communication du 28 août 2001, l'OAI octroya à l'enfant assuré une formation scolaire spéciale au sens de l'art. 19 LAI. Le 28 novembre 2001, les parents de l'enfant assuré sollicitèrent l'octroi d'une allocation pour impotence. Une contribution aux frais de soins spéciaux pour mineurs impotents au sens de l'art. 20 LAI fut octroyée pour la période du 1 er août 2001 au 31 août 2017, ceci par communication du 27 septembre 2002. En juin 2004, l'enfant assuré quitta le jardin d'enfants de la Fondation Z\_\_\_\_\_ pour être scolarisée, dès le mois d'août 2004, au Centre d'Appui à l'Intégration X\_\_\_\_\_: Dans son rapport de sortie du 20 juin 2004, le jardin d'enfants de la Fondation Ensemble conclut de la manière suivante : « La petite fille très attachante, affectueuse, coquine, malicieuse et pleine de vie. Elle a beaucoup de compétences. Cependant c'est une petite fille, qui, je crois, a besoin de cadre, de limites et d'attention

chaleureuse pour évoluer harmonieusement. Durant ses trois dernières années scolaires, j'ai pu observer régulièrement les progrès CA \_\_\_\_\_ au niveau motricité, cognitif et socialisation. Elle a bien grandi, s'est renforcée et a pris de l'assurance. Je pense aussi qu'il est important pour son évolution de continuer le projet d'intégration. C'est pour cela que je suis ravi de son acceptation à l'école Y \_\_\_\_\_. Je la sens prête pour le projet d'intégration à l'école du village, avec l'espoir qu'elle puisse trouver sa place et s'épanouir. Je lui fais confiance pour rassurer, voire amadouer, les institutrices récalcitrantes ! J'espère aussi que le décalage au niveau de l'expression verbale ne la pénalisera pas trop » Par décision du 28 octobre 2004, suite à l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de l'AI, l'OAI octroya à l'enfant assuré une allocation d'impotence pour mineur, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, en raison d'une impotence faible. Par décision du 22 novembre 2004, l'OAI octroya une formation scolaire spéciale au Centre d'appui à l'intégration des Voirets (SMP) en lieu et place du jardin d'enfants Ensemble. Par courrier reçu à l'OAI le 4 janvier 2010, les parents de l'enfant assuré sollicitèrent une réévaluation du droit au remboursement de l'ergothérapie. Ils précisèrent que leur fille était prise en charge de manière pluridisciplinaire et que l'ergothérapie avait été introduite depuis quelques années, afin d'améliorer son autonomie. L'ergothérapie permettait d'améliorer la tenue de son crayon et par là même son écriture. Les progrès constatés devaient conduire à la poursuite du traitement. Les parents de l'enfant assuré indiquaient fonder leur demande sur l'art. 12 LAI, dès lors que le traitement permettrait d'améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou d'accomplissement des travaux habituels de leur enfant. Dans un rapport médical du 25 mars 2010, le pédiatre traitant, le Dr L \_\_\_\_\_ rappela le diagnostic de trisomie 21 posé à la naissance. Il indiquait que l'enfant assuré avait besoin de traitement d'ergothérapie, de logopédie et de psychomotricité. Selon ce médecin, il était mentionné dans différents articles de la littérature que les traitements de type psychomotricité, ergothérapie et physiothérapie, effectués dans un contexte ludique, permettaient de développer les perceptions sensorielles, l'habileté manuelle et l'orientation temporelle des enfants trisomiques, acquisitions devant permettre à l'enfant assuré d'acquérir une plus grande autonomie dans sa vie future et une très nette progression dans les apprentissages scolaires futurs qui seront maintenus durant toute la vie. Dans un avis du 17 mai 2010, le Dr N \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'Assurance Invalidité (ci-après SMR), indique que selon la littérature, l'évolution naturelle des enfants trisomiques n'est que peu influencée par l'ergothérapie et la physiothérapie, les acquisitions étant faites, mais avec un certain délai, avant d'atteindre un plateau d'acquisitions qui ne pourra être franchi, puis une phase de régression. En définitive, le Dr N \_\_\_\_\_ indiquait qu'il convenait d'obtenir des éléments médicaux détaillés. Interrogé par l'Office AI, le Dr L \_\_\_\_\_ répondit le 28 juin 2010. Il expliquait que depuis la mise en route du traitement d'ergothérapie, l'enfant assuré avait énormément progressé sur la maîtrise et la gestion motrice de son corps, tant dans les activités statiques que dynamiques. Elle avait également progressé dans la finesse et la dextérité des gestes et praxies, ce qui lui avait permis d'évoluer de manière positive dans l'acquisition de l'écriture. Le traitement avait aussi été axé sur l'acquisition de connaissances mnésiques et attentionnelles, ayant permis d'effectuer une quatrième année scolaire avec l'acquisition de la lecture. La durée du traitement restait à définir, mais il était évident que l'enfant assuré en retirerait un bénéfice jusqu'en fin de croissance. Un arrêt de l'ergothérapie influencerait la progression de l'enfant assuré. Le traitement devait être poursuivi jusqu'en fin de croissance. Dans un nouvel avis, le Dr N \_\_\_\_\_ du SMR indiquait que l'ergothérapie n'avait très clairement que peu d'incidence sur l'évolution

naturelle des enfants trisomiques et que les assertions du Dr L\_\_\_\_\_ n'étaient que difficilement vérifiables. Il était impossible de faire la part des choses entre l'évolution naturelle, les acquisitions spontanées de l'enfant et l'effet d'une éventuelle ergothérapie. Les conditions d'octroi d'un tel traitement n'étaient ainsi pas réalisées. Par projet de décision du 6 août 2010, l'OAI rejeta la demande de prise en charge du traitement d'ergothérapie. Se fondant sur l'avis du Dr N\_\_\_\_\_, il considérait que les conditions de l'art. 12 LAI n'étaient pas réalisées. Par courrier du 30 août 2010, CSS Assurance (ci-après l'assureur-maladie) demanda à l'OAI de reconsidérer sa position, rappelant le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 31 mars 2010. Par ailleurs, le dossier ne permettrait pas, selon l'assureur-maladie, de comprendre pourquoi les perspectives de réadaptation seraient inexistantes, de sorte qu'il conviendrait de compléter l'instruction. Par projet de décision du 28 septembre 2010, l'Office AI refusa la prise en charge d'une hospitalisation aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), ayant lieu du 29 mars au 31 mars 2010, pour un bilan gastro-antérologique concernant des diarrhées chroniques. Par décision du 29 septembre 2010, l'Office AI a maintenu son refus de prise en charge du traitement d'ergothérapie. En complément à l'argumentation figurant dans le projet de décision du 6 août 2010, il était expliqué que les diverses prises en charge (physiothérapie, ergothérapie) n'allaient en aucun cas permettre d'aller au-delà du potentiel génétique déficient de l'enfant, de sorte que l'art. 12 LAI ne s'appliquait pas à ce type d'atteinte. L'assurance-maladie forma recours contre cette décision par acte posté le 3 novembre 2010, à l'attention du Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent. Exposant avoir reçu la décision litigieuse le 5 octobre 2010, elle concluait à la forme, à la recevabilité de son recours. Au fond, elle concluait à ce que le droit de l'enfant assuré à bénéficier du traitement d'ergothérapie soit constaté, à ce que la décision entreprise soit réformée en ce sens, et à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire concernant la durée et l'étendue des mesures médicales. A titre subsidiaire, l'assureur-maladie concluait à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. L'assureur-maladie constatait que la trisomie 21 n'était pas une infirmité congénitale. Toutefois, l'enfant assuré était un mineur invalide, ayant droit à des mesures médicales, n'ayant pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais directement nécessaire à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels et de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement des travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. L'ergothérapie était une discipline médicale offrant des services aidant les enfants à acquérir leur plein potentiel de développement. Le but de cette discipline était d'aider les malades souffrant d'une autonomie réduite ou menacés par une perte d'autonomie, à exécuter des activités importantes pour eux, avec pour objectif d'améliorer leur capacité d'exécuter lesdites activités. Le Dr L\_\_\_\_\_ avait clairement indiqué que le traitement d'ergothérapie avait eu des répercussions positives sur l'enfant assuré et que les acquis obtenus par ce traitement, seraient maintenus durant toute la vie future. Il n'était pas possible d'écarter l'avis du médecin traitant, d'autant que l'OAI ne démontrait pas en quoi les perspectives concrètes de réadaptation étaient inexistantes. Il n'était par ailleurs ni possible, ni admissible, de prétendre de manière générale que les enfants souffrant de trisomie 21 n'avaient aucune capacité de gain à l'âge adulte. L'enfant assuré avait réussi à intégrer l'école ordinaire à mi-temps, de sorte que les capacités acquises étaient propres à mettre en valeur une capacité de gain, même minime, mais suffisante au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le 4 novembre 2010, le

Tribunal cantonal des assurances sociales a imparti à l'OAI un délai pour répondre et pria ce dernier de lui faire parvenir la preuve de la réception de la décision du 29 septembre 2010. L'OAI adressa sa réponse au Tribunal cantonal des assurances sociales le 2 décembre 2010. Il concluait au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. L'art. 12 LAI avait pour objet de tracer une ligne entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie. Cette délimitation reposait sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortait en premier lieu au domaine de l'assurance maladie et accident. Il n'appartenait pas à l'assurance-invalidité de prendre en charge le traitement de l'affection comme telle, mais ne prenait en charge que les mesures propres à éliminer ou corriger des états stables ou défectueux, ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse attendre une amélioration durable et importante. Le but de l'ergothérapie était d'aider les malades souffrant d'une autonomie réduite ou menacés par une perte d'autonomie, à exécuter des activités importantes, avec pour objectif d'améliorer leur capacité d'accomplir ces activités. La mesure influençait la réinsertion dans le système de formation et, en fin de compte, dans un monde professionnel, mais cela n'établissait pas encore le caractère prépondérant de réadaptation de cette mesure. La prescription d'une ergothérapie avait pour objectif de permettre à l'assuré d'améliorer ses capacités d'action et de structuration, ainsi que son estime de soi, et avait également pour effet de prévenir le risque de difficultés scolaires et de névroses. Les pièces recueillies dans le cas d'espèce ne fournissaient aucun indice, permettant de conclure à la nécessité d'entreprendre une ergothérapie pour éviter l'apparition de séquelles stabilisées. L'ergothérapie ne pourrait, en l'espèce, pas permettre de surmonter le potentiel déficient limité de l'enfant assuré, de sorte que les conditions de l'art. 12 LAI ne seraient pas réalisées. La durée aléatoire de la mesure ne permettait pas non plus sa prise en charge, car elle était conditionnée à une évolution favorable, espérée par le médecin traitant. Il fallait encore que la mesure soit proportionnée, appropriée et nécessaire, ce qui n'était pas le cas en l'état, des conditions médicales. L'OAI ne dit rien de la date de réception par la recourante de la décision du 29 septembre 2010. Par Ordonnance du 10 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales appela en cause l'enfant assuré, représenté par son père. Un délai fut imparti à ce dernier pour se déterminer. Il ne déposa toutefois aucune détermination. Par courrier du 26 mai 2011, la Chambre des assurances sociales, désormais compétente, demanda au père de l'enfant assuré les coordonnées de l'ergothérapeute, dans le but de l'auditionner. Le père de l'enfant indiqua, par courrier du 10 juin 2011, que l'ergothérapeute était Madame D\_\_\_\_\_. Une audience fut appointée au 18 août 2011, en vue de l'audition de l'ergothérapeute. Cette dernière indiqua toutefois par courrier du 21 juin 2011 à la Chambre des assurances sociales que le suivi d'ergothérapie de l'enfant assuré avait pris fin en 2010. Elle ne pouvait ainsi pas argumenter au sujet de la raison, du bienfondé et de l'évolution du suivi inexistant. Un rapport d'ergothérapie était transmis à la Chambre des assurances sociales. Il ressort de ce rapport, daté du mois d'avril 2010, que l'enfant assuré a été suivi à domicile, depuis une date non précisée, à raison d'une fois par semaine jusqu'à la fin de l'année 2009, et d'une fois tous les quinze jours depuis l'année 2010. La progression de l'enfant assuré était linéaire dans tous les domaines abordés dans le cadre de la thérapie. Pour le surplus, ce document détaille différents acquis de l'enfant assuré. En revanche, ce rapport ne permet pas de distinguer quels seraient les progrès qui auraient tout de même eu lieu sans le traitement d'ergothérapie. L'audience appointée pour le 18 août 2011 fut annulée, compte tenu du courrier de Madame D\_\_\_\_\_ du 21 juin 2011. Le 10 août 2011, le père de

l'enfant assuré indiqua vouloir procéder à l'annulation de la demande de recours, ce à quoi il fut répondu, par courrier du 15 août 2011, que la procédure continuerait tant que l'assureur-maladie ne transmettrait pas une demande d'annulation. Par acte du 16 août 2011, l'assurance-maladie se détermina, suite à la communication du rapport d'ergothérapie. Selon elle, ce rapport confirmait les progrès effectués par l'enfant assuré. La question de savoir si la progression de l'enfant était terminée et si le « plateau d'acquisition », mentionné par le Dr N\_\_\_\_\_, était atteint et restait non résolu, et ne permettait pas de déterminer le potentiel global de l'enfant assuré, le type d'éléments assimilables à moyen ou long terme, ou bien le rythme futur des acquisitions. Ce rapport était ainsi incomplet. Par ailleurs, l'OAI n'avait pas examiné la question des capacités cognitives futures de l'enfant assuré. En conséquence, l'assurance maladie maintenait ses conclusions du 3 novembre 2010. L'OAI se détermina par courrier du 17 août 2011, se référant à un avis du SMR du 5 août 2011, émanant du Dr N\_\_\_\_\_. Le Dr N\_\_\_\_\_ s'étonnait de l'interruption de la mesure d'ergothérapie, puisque selon le pédiatre traitant, une telle interruption influencerait négativement l'évolution de l'enfant assuré. Les progrès de l'enfant assuré correspondraient à l'évolution naturelle attendue. Par exemple, en matière de calligraphie, les progressions effectuées correspondaient à l'évolution naturelle de l'apprentissage, avec pour seule différence l'âge auquel l'enfant assuré y était parvenu. Le Dr N\_\_\_\_\_ concluait ainsi à l'absence d'influence de l'ergothérapie sur l'évolution naturelle des apprentissages. La cause fut gardée à juger le 29 novembre 2011. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable en l'espèce. Adressé à l'ancien Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, par pli postal du 3 novembre 2010, le recours contre la décision de l'OAI du 29 septembre 2010, mais communiqué à la recourante par pli du 5 octobre 2010 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). La recourante, assureur-maladie de l'enfant assuré est touchée par la décision de refus de prestations de l'OAI, puisqu'elle pourrait devoir servir des prestations si la décision de l'OAI entre en force. La recourante a ainsi la qualité pour agir (art. 49 al. 4 LPGA) Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. Le litige porte sur le point de savoir si le traitement d'ergothérapie dont a bénéficié l'enfant assuré doit être pris en charge ou non par l'assurance-invalidité fédérale, au titre des mesures médicales prévues par l'art. 12 LAI. A cet égard, il sera rappelé que la trisomie 21 ne constitue pas une infirmité congénitale ouvrant le droit aux mesures médicales prévues par l'art. 13 LAI (art. 1 de l'Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; OIC). Selon l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré, jusqu'à 20 ans révolus, a droit 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. Avec l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision AI le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 12 al. 1 LAI a connu une modification notable, en ce sens que les mesures médicales ne sont désormais plus appliquées aux assurés de plus de 20 ans révolus. En revanche, l'art. 12 al. 1 LAI n'a pas subi d'autre modification, de sorte que la jurisprudence rendue jusqu'au 31 décembre 2007 reste applicable (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, n°1410). L'art. 12 LAI est une norme qui établit une délimitation légale entre l'assurance-invalidité et les autres assurances sociales, dont l'assurance-maladie. En indiquant que les mesures médicales de l'assurance-invalidité ne doivent pas viser le traitement de l'affection comme telle, cette disposition souligne que le traitement qui a principalement pour objet la guérison d'une maladie ou d'un accident doit en principe relever de ces assurances et que l'assurance-invalidité intervient uniquement au titre de la réadaptation professionnelle ou de la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels. Il en va notamment ainsi lorsque la guérison est achevée et que le processus de maladie a abouti à un état permanent qui, selon l'art. 2 al. 1 RAI, laisse présumer que la mesure médicale sera de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement des travaux habituels ou à les préserver d'une diminution notable (Michel VALTERIO, op. cit., n°1411 et les références). Ainsi, l'une des différentes conditions posées dans le cadre de l'application de l'art. 12 al. 1 LAI, est l'absence d'un état pathologique labile. En effet, la jurisprudence définit le traitement de l'affection comme telle par l'existence d'une affection qui n'est pas stabilisée. Il en va notamment ainsi lors de l'application de mesures médicales qui servent au maintien de la vie ou de la santé, qui visent à stabiliser une affection, qui doivent être répétées constamment pour maintenir la capacité de rendement, qui visent à éliminer une affection évolutive même si elles peuvent entraîner des lésions graves, qui se limitent à la réduction des symptômes ou qui doivent être appliquées d'une manière illimitée dans le temps et qui, par conséquent, n'ont pas le caractère de réadaptation. Dans de tels cas, l'assurance-invalidité ne doit pas assumer le coût de la mesure médicale même si l'on peut en attendre un résultat important sur le plan de la réadaptation étant donné que chaque mesure médicale qui a tant soit peu de succès d'un point de vue thérapeutique entraîne également une amélioration des conditions de reprise de la vie professionnelle (Michel VALTERIO, op. cit., n° 1417ss, spécifiquement n° 1422 Selon la jurisprudence, la question de savoir si l'assuré a droit à la prise en charge de mesures en vertu de l'art. 12 LAI doit être résolue d'après la situation médicale antérieure à leur exécution. On évite ainsi de traiter les assurés qui attendent une décision passée en force pour se soumettre p.ex. à une opération différemment de ceux qui anticipent sur la décision. Une telle inégalité de traitement serait incompatible avec l'art. 12 LAI, qui implique que l'on se fonde sur l'efficacité présumable de la mesure (ATF 98 V 33, consid. 2 et les références citées). En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Bien que les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêt 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254 ). Quant au médecin traitant, 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 353 , consid. 3b/cc et les références). En l'espèce, la Chambre des assurances sociales considère que le traitement de l'enfant assuré par ergothérapie consiste à traiter l'affection comme telle. En effet, selon le Dr N\_\_\_\_\_ du SMR, la littérature est claire quant au fait que l'évolution naturelle des enfants n'est que peu influencée par l'ergothérapie. Les acquisitions qui doivent être faites seront faites, certes avec un certain délai, mais seront faites. Puis il y aura un plateau d'acquisitions qui ne pourra être franchi et, par la suite, une régression. L'on ne saurait ainsi considérer que le traitement vise à améliorer, du point de vue de la réadaptation, une affection stabilisée. Le pédiatre traitant, le Dr L\_\_\_\_\_, ne le prétend d'ailleurs pas. Quant aux résultats du traitement, celui-ci n'est pas pertinent, puisqu'il faut examiner l'octroi de la mesure médicale d'après la situation antérieure à la mesure conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral rappelée au considérant 6 ci-dessus. Les avis du pédiatre traitant et de l'ergothérapeute ne permettent par ailleurs pas de faire la part des progrès qui correspondent à une évolution naturelle et celle qui est en lien avec le traitement. Enfin, selon le chiffre 1016 de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), dans le cas des malades mentaux, l'ergothérapie constitue une part importante du plan global de traitement et fait donc partie du traitement de l'affection comme telle, de sorte qu'elle ne représente pas une mesure de réadaptation de l'AI. Reste à examiner si la mesure requise peut être exceptionnellement prise en charge par l'assurance-invalidité, malgré l'absence d'état stabilisé, en raison du fait que l'on peut s'attendre avec une certitude suffisante à ce que les mesures préconisées permettent d'éviter la menace ultérieure de graves séquelles stabilisées difficilement corrigibles susceptibles d'entraver d'une manière importante la formation professionnelle, la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Michel VALTERIO, op. cit., n° 1434 et les références). Sur ce point, le Dr N\_\_\_\_\_ indique clairement, se référant à la littérature, que les acquis qui doivent l'être le seront avec ou sans le traitement d'ergothérapie, certes plus tardivement sans la mesure requise. Il explique également que l'enfant assurée se heurtera dans tous les cas à un plateau d'acquisitions qui ne sera quoi qu'il en soit pas dépassé. Certes, le Dr O\_\_\_\_\_ n'est pas du même avis, puisqu'il indique que les acquis obtenus grâce à l'ergothérapie seront maintenus durant toute la vie active future. Cependant, le Dr O\_\_\_\_\_ ne se prononce pas au sujet du plateau d'acquisitions auquel fait référence le Dr N\_\_\_\_\_. Il n'indique pas en quoi et sur quels éléments le traitement requis permettra de dépasser le plateau d'acquisitions d'un enfant trisomique. Par ailleurs, ni lui-même, ni l'ergothérapeute n'ont établi quels sont les progrès liés au traitement

d'ergothérapie qui n'auraient pas eu lieu sans ledit traitement. Au contraire, dans son avis du 5 août 2011, le Dr N\_\_\_\_\_ explique de manière convaincante et concrète sa position. Il se réfère en particulier à l'exemple de la calligraphie qui démontre, selon lui, que la seule différence d'apprentissage entre l'enfant assuré et les autres enfants est l'âge auquel se fait cette acquisition. Il n'est ainsi pas établi, même au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'on peut s'attendre avec une certitude suffisante à ce que les mesures préconisées permettent d'éviter la menace ultérieure de graves séquelles stabilisées difficilement corrigibles susceptibles d'entraver d'une manière importante la formation professionnelle, la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels. Dès lors que le traitement de l'enfant assuré par de l'ergothérapie consiste à traiter l'affection comme telle, les conditions d'octroi d'une mesure médicale au sens de l'art. 12 LAI ne sont pas réalisés. La décision litigieuse est ainsi conforme au droit. Le recours sera ainsi rejeté. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 500 fr. à la charge de la recourante. 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 Isabelle CASTILLO Le président suppléant Thierry STICHER 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.