

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1827/2007

ATAS/684/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 4 juin 2008

En la cause

Monsieur G _____, représenté par Monsieur Dominique
André FIORE, curateur, Service de protection des mineurs,
GENEVE

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. L'enfant G _____, né le 26 mai 2001, a requis des prestations d'invalidité en raison de diverses infirmités congénitales.
2. Selon le rapport du 9 décembre 2004 de la Dresse L _____, l'enfant présente une anomalie génétique impliquant le chromosome 14, un retard psychomoteur, une sténose trachéale congénitale à anneaux circulaires des 2/3 inférieurs, un anévrisme septum intra-auriculaire, un microstrabisme convergent à l'œil gauche et un astigmatisme bilatéral. Une partie de ces atteintes correspond à des infirmités congénitales selon l'annexe à l'ordonnance sur les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 (OIC), à savoir les ch. 313 (malformations congénitales du cœur et des vaisseaux), 251 (malformations congénitales du larynx et de la trachée) et 427 (strabisme et microstrabisme).
3. Par décision du 14 mars 2005, l'Office cantonal de l'assurance invalidité de Genève (ci-après : OCAI) a mis l'enfant au bénéfice d'une mesure de formation scolaire spéciale par le Service éducatif itinérant.
4. Le 21 mars 2005, la Dresse L _____ confirme son rapport précédent et indique que l'enfant doit être suivi par le Service éducatif itinérant (ci-après: SEI) pour une stimulation éducative dans le cadre d'un retard psychomoteur.
5. Selon le rapport d'ergothérapie du 4 avril 2005 de Mmes H _____ et I _____, ergothérapeutes, du Service d'ergothérapie itinérant de la Côte (ci-après: SERIC), l'enfant leur a été adressé pour un bilan sensori-moteur. Il présente un retard global. Il est suivi par les ergothérapeutes une fois par semaine depuis septembre 2004. Les séances lui permettent d'améliorer l'équilibre, les rotations, la coordination visio-spatiale, les dissociations au niveau de la motricité globale et fine, ainsi que l'endurance. Ces nouvelles compétences devraient aider l'enfant à prendre confiance en lui et à améliorer son autonomie. Les ergothérapeutes relèvent que l'enfant s'ouvre petit à petit, ose montrer ses envies et tenter quelques négociations.
6. Par décision du 14 avril 2005, l'OCAI refuse à l'enfant les mesures médicales sous forme de consultation psychothérapeutique et d'ergothérapie, au motif que ces traitements ont été effectués en raison du retard psychomoteur avec anomalie génétique qui ne permettent pas de conclure à une infirmité congénitale reconnue par l'assurance-invalidité.
7. Par acte du 18 mai 2005, la curatrice de l'enfant du Service du Tuteur général de Genève forme opposition à cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une ergothérapie. Elle indique que, lors de l'hospitalisation de l'enfant en date du 6 décembre 2001 pour une dénutrition, un important retard psychomoteur a

été diagnostiqué. La garde de l'enfant a été retirée à sa mère domiciliée dans le canton de Genève et l'enfant a été confié à une famille d'accueil à Aubonne (VD). L'ergothérapie a des effets très positifs sur le développement moteur de l'enfant et l'aide à améliorer son autonomie. Elle estime par ailleurs que les conditions légales sont remplies pour l'octroi de cette mesure.

8. Selon l'avis médical du 19 juillet 2005 du Dr M_____ du Service médical régional AI du Léman (ci-après : SMR), l'ergothérapie n'est pas une mesure médicale destinée au traitement des infirmités congénitales reconnues selon l'annexe de l'OIC.
9. Par décision du 4 août 2005, l'OCAI octroie à l'enfant une formation scolaire spéciale à la Fondation X_____ (jardin d'enfant SEI), tout en précisant que la psychomotricité et la logopédie entrent dans les mesures pédago-thérapeutiques.
10. Par décision sur opposition du 8 août 2005, l'OCAI confirme sa décision du 14 avril 2005. Il répète que l'atteinte ne figure pas dans la liste des infirmités congénitales et que, dans ce cas, il n'y a pas de droit à la prise en charge de mesures médicales, même si l'atteinte peut être assimilée à une infirmité congénitale désignée dans la liste. Une exception n'est admise que pour des affections secondaires aux infirmités congénitales qui sont une conséquence fréquente, à condition qu'il existe un lien très étroit de causalité adéquate entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire.
11. Selon le rapport du Dr N_____, spécialiste en ORL, du 12 août 2005, l'audiométrie comportementale est normale, de sorte qu'une surdité handicapante peut être exclue. Le retard de langage de l'enfant n'est pas à mettre en relation avec une quelconque hypoacousie, mais doit s'inscrire dans un contexte plus large de retard global et psychomoteur important.
12. Le 25 août 2005, l'enfant, représenté par sa curatrice, forme recours contre la décision du 8 août 2005, en reprenant ses précédentes conclusions.
13. Dans le bilan logopédique du 29 août 2005, il est notamment mentionné que l'enfant a présenté un retard psychomoteur dès les premiers mois de vie ayant motivé une large investigation. Ainsi a été révélée une anomalie génétique sur le chromosome 14. Grâce aux séances d'ergothérapie, il montre de nets progrès tant au niveau de la psychomotricité que de la socialisation.
14. Selon l'avis médical du Dr M_____ du 28 septembre 2005, on ne sait pas quand le diagnostic d'un retard du développement psychomoteur a été posé. Il n'y a pas d'éléments versés au dossier qui donnent à penser qu'il s'agit d'une atteinte invalidante. Or, l'ergothérapie est motivée par le retard du développement psychomoteur. Ce retard a été mentionné officiellement pour la première fois dans le rapport de la Dresse L_____ du 13 janvier 2005. Dans le rapport du Dr

O _____, cardiologue pédiatre, il est indiqué qu'il se félicite des progrès psychomoteurs réalisés depuis l'arrivée de l'enfant dans la famille d'accueil. L'ophtalmologue, le Dr P _____, cite le retard psychomoteur en novembre 2003 comme élément limitant l'examen médical. Sur la base de ces éléments, le Dr M _____ estime qu'on ignore la nature et la gravité du retard du développement psychomoteur, raison pour laquelle une instruction complémentaire est nécessaire.

15. A la suite de ce rapport, l'OCAI annule sa décision et reprend l'instruction, de sorte que le recours de l'enfant est déclaré sans objet, par arrêt du Tribunal de céans du 1^{er} novembre 2005.
16. Selon le rapport du 7 décembre 2005 de Mmes J _____ et H _____, ergothérapeutes à l'institution SERIC, les objectifs des séances d'ergothérapie sont les suivantes : stimulation de la motricité globale et des coordinations, exploration du jeu propre à son niveau de développement et exploration des activités de motricité fine en préparation à sa future scolarisation, ainsi qu'activités visio-spatiale et visuo-motrice comme le découpage, le collage et le dessin.
17. Dans son rapport du 20 décembre 2005, le Dr Q _____, médecin adjoint au Service de pédiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), rappelle que l'enfant a une anomalie génétique avec 6 % des cellules anormales en mosaïque sur le chromosome 14 et qu'il a vécu une situation psychosociale difficile. Il a réalisé des progrès dans tous les domaines, mais présente toujours un retard global de développement (2 ans et demi à 3 ans avec un retard de langage expressif plus marqué).
18. Dans son rapport du 12 janvier 2006, le Dr R _____, mentionne que l'enfant présente un important retard de développement psychomoteur (marche à 3 ans, propreté non acquise, avec un âge développemental estimé autour des 2 ans et demi, retard d'environ 2 ans sur l'âge chronologique). Dans les diagnostics, il fait état d'une mutation atypique sur chromosome 14 en mosaïque (6 % des cellules anormales), d'un syndrome poly-malformatif (sténose trachéale congénitale, malformation cardiaque, trouble oculomoteur, retard psychomoteur grave) et d'un grave retard de langage.
19. Selon le rapport pédagogique de fin de prise en charge de la Fondation de X _____ de juin 2006, le projet pédagogique en 2005 était orienté vers une stimulation globale de l'enfant, notamment pour développer sa motricité globale et fine, la communication, le langage et l'autonomie pratique.
20. Par courrier du 23 octobre 2006, l'OCAI communique au représentant de l'enfant qu'il est mis au bénéfice d'une formation scolaire spéciale à l'établissement L'Espérance à Etoy.

21. Dans son avis médical du 26 janvier 2007, le Dr M_____ relève que le garçon souffre d'une anomalie chromosomique rare accompagnée d'un retard mental et de diverses anomalies. Le retard de développement est important, mais ne correspond pas à une infirmité congénitale, de sorte que l'art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) n'est pas applicable. En l'absence d'infirmités congénitales reconnues par l'assurance-invalidité, il a examiné la possibilité d'une prise en charge au sens de l'art. 12 LAI, tout en relevant que cette disposition légale présuppose que l'état de santé de la personne assurée est pour l'essentiel stabilisé, que le traitement est de nature à améliorer de façon importante et durable la capacité de gain ou la possibilité d'accomplir les travaux habituels ou à les préserver d'une diminution notable. Or, l'anomalie chromosomique et l'atteinte développementale représentent une maladie évolutive, non stabilisée et qui n'est pas améliorée de façon significative par l'ergothérapie. Les rapports des ergothérapeutes n'apportent pas non plus la preuve que l'ergothérapie permet une amélioration durable ni la certitude qu'elle va de manière importante permettre d'améliorer la formation professionnelle.
22. Dans le cadre d'une demande d'allocation pour impotent de l'enfant, l'OCAI procède le 27 février 2007 à une enquête. Dans le rapport du 2 mars 2007 y relatif, il est notamment relevé que l'enfant a besoin d'aide pour se vêtir. Il est nécessaire de lui présenter les vêtements et de le stimuler pour qu'il s'habille. Il ne sait pas mettre les chaussures à l'endroit et a des difficultés pour les fermer. Il a aussi besoin de l'aide pour couper les aliments, faire sa toilette, se baigner et établir des contacts. Il est par ailleurs incontinent et on ne peut le laisser seul.
23. Par décision du 19 mars 2007, l'OCAI refuse la prise en charge de l'ergothérapie, en se fondant sur l'avis du Dr M_____ précité.
24. Par acte du 9 mai 2007, l'enfant, représenté par son curateur, recourt contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une mesure médicale sous forme d'une ergothérapie. Il reprend pour l'essentiel son argumentation antérieure et allègue avoir reçu la décision litigieuse le 28 mars 2007.
25. Le 31 mai 2007, le représentant de l'enfant transmet au Tribunal de céans le rapport d'évaluation en ergothérapie du 23 mai 2007 de Mmes H_____ et K_____, ergothérapeutes. Elles signalent que l'enfant fait de nombreux progrès. Au niveau moteur, il est beaucoup plus à l'aise dans les activités. Dans les manipulations, il est toujours gêné par une faible dissociation des doigts et un mauvais contrôle visuel. Les activités ayant recours à la motricité fine lui demandent beaucoup d'efforts. Dans toutes les activités, la coordination oculo-manuelle est très peu présente et les ergothérapeutes doivent constamment lui rappeler de regarder ce qu'il fait. Cependant, selon l'orthoptiste, cela ne peut être expliqué par les troubles visuels. L'autonomie s'est également améliorée. Les ergothérapeutes estiment par ailleurs important de maintenir cette thérapie, celle-ci

offrant à l'enfant une relation privilégiée avec un adulte de plus. Les objectifs sont la stimulation de la motricité globale et fine, l'amélioration des coordinations bimanuelles et oculo-manuelles et l'autonomie face à l'adulte pour agir.

26. Par préavis du 7 juin 2007, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant à sa décision sur opposition.
27. Par courrier du 25 octobre 2007, l'intimé souligne que l'ergothérapeute confirme que le traitement en ergothérapie est justifié par un problème de développement moteur ne relevant pas de l'assurance-invalidité et persiste dans ses conclusions. Le recourant en fait de même par écritures du 31 octobre 2007.
28. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse L_____ précise que le retard psychomoteur de l'enfant est encore labile, s'agissant d'un enfant jeune en pleine phase d'acquisition. Il est impossible de se prononcer sur la durée du traitement, celui-ci dépendant de son évolution. L'objectif du traitement est de permettre à l'enfant d'acquérir une meilleure autonomie, ce qui pourra améliorer ses éventuelles capacités de gain. A la question de savoir si l'amélioration obtenue grâce à l'ergothérapie peut être considérée comme durable, ce médecin répond que "Les progrès obtenus grâce à l'ergothérapie s'inscrivent dans un processus d'acquisitions progressives qui ne pourrait qu'être bénéfique dans la vie future de l'enfant."
29. Par écriture du 17 avril 2008, le curateur de l'enfant maintient ses conclusions. Il fait valoir que le fait que l'affection soit encore labile ne fait pas obstacle au droit de l'enfant aux mesures médicales. Pour bénéficier de celles-ci, il suffit, selon la jurisprudence, que les mesures envisagées soient de nature à empêcher qu'un état défectueux stabilisé ne s'installe, ce qui est le cas en l'occurrence.
30. Le 28 avril 2008, l'intimé relève que la mesure a pour but le traitement de l'affection comme telle et non pas les séquelles plus ou moins stabilisées. Partant, il persiste dans ses conclusions.
31. Le 2 juillet 2007, l'intimé se détermine sur le rapport du 23 mai 2007 des ergothérapeutes, en indiquant que celui-ci n'appelle aucun commentaire particulier de sa part.
32. A la demande du Tribunal de céans, Mme H_____ lui transmet le 4 octobre 2007 les autorisations de pratiquer des ergothérapeutes de l'enfant.
33. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. En vertu de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision. Au terme de l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, les délais ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement.

La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a, 103 V 66 consid. 2a; RAMA 1997 no U 288 p. 444 consid. 2b et les références).

En l'occurrence, la décision dont est recours n'a pas été notifiée à l'assuré, respectivement son curateur, sous pli recommandé. Partant, il y a lieu de se fonder sur les déclarations de ce dernier, selon lesquelles la décision litigieuse lui est parvenue le 28 mars 2007.

Cela étant, compte tenu de la suspension des délais à Pâques, le recours déposé le 10 mai 2007 respecte le délai légal prescrit.

L'acte de recours étant également conforme à la forme requise par la loi (art. 61 LPGA), le recours doit être déclaré recevable.

3. Est litigieux en l'occurrence le point de savoir si l'enfant peut bénéficier d'une ergothérapie, à la charge de l'assurance-invalidité.
4. a) Aux termes de l'art. 13 LAI, 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 a établi une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées, qui fait l'objet d'une ordonnance spéciale. Selon cette ordonnance, 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 OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2 première phrase OIC).

b) En l'espèce, l'ergothérapie a été prescrite en raison d'un retard du développement psychomoteur. Cette atteinte ne figure pas en tant que telle dans l'annexe de l'OIC. Partant, l'octroi de la mesure litigieuse ne peut être fondée sur cette disposition.

5. Selon l'art. 12 al. 1 LAI, un assuré a droit à des mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable.

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. En règle générale, 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 une amélioration durable et importante 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 (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).

L'effet positif obtenu grâce à un traitement médical ne peut être qualifié d'important, au sens de l'art. 12 al. 1 LAI, que s'il atteint un degré absolu de réussite suffisamment élevé dans un laps de temps déterminé (ATF 98 V 211 consid. 4b). D'une façon générale, on doit pouvoir attendre des mesures médicales qu'elles rencontrent un minimum de succès sur le plan de l'activité lucrative pendant une durée minimale. Il n'est pas possible de dire de manière générale dans quelle mesure le succès peut encore être qualifié d'important, car il faut en décider d'après les particularités du cas d'espèce. Cependant, les mesures qui n'aboutissent qu'à une faible amélioration de la capacité de gain ne sont pas prises en charge par l'assurance-invalidité. Il faut poser comme condition qu'une capacité de gain encore

importante soit préservée d'une diminution notable, car dans le cadre de l'art. 12 LAI, la loi ne prévoit pas de mesures destinées à conserver un résidu incertain de capacité de gain. 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).

Il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de prendre en charge des traitements sans durée déterminée, lesquelles n'ont pour effet que de différer le moment de la survenance d'un état défectueux stabilisé (ATFA non publié du 6 août 2002, cause I 653/01, consid. 2.3). Toutefois, les conditions de l'art. 12 al. 1 LAI sont remplies lorsque les mesures envisagées sont de nature à empêcher qu'un état défectueux stabilisé ne s'installe. Malgré le caractère encore labile de l'affection, l'octroi d'une mesure médicale peut être justifiée lorsqu'il est à prévoir que, sans celle-ci, se produirait dans un proche avenir une guérison "avec défaut" ou un état défectueux stabilisé qui empêcherait probablement la formation professionnelle ou l'exercice d'une activité lucrative. (ATF 131 V 9 consid. 4.2 p. 21; RCC 1984 p. 523 consid. 1).

6. En l'espèce, la Dresse L_____ a indiqué que l'affection est encore labile, s'agissant d'un enfant jeune en pleine phase d'acquisition. Toutefois, selon la jurisprudence, cela n'exclut pas chez les mineurs *ispo facto* le droit aux mesures médicales au sens de l'art. 12 al. 1 LAI, comme le fait valoir à juste titre le recourant.

En ce qui concerne les autres conditions légales, il est à relever que le traitement d'ergothérapie dure depuis septembre 2004. En avril 2008, soit trois ans et demi après, la Dresse L_____ estime qu'on ne peut toujours pas se prononcer sur la durée de ce traitement et que cela dépendra de l'évolution de l'enfant.

Quant au succès du traitement, il ne peut être nié qu'il est bénéfique. En effet, dans le bilan logopédique du 29 août 2005, il est indiqué que l'enfant montre de nets progrès au niveau de la psychomotricité et de la socialisation grâce à l'ergothérapie. Le Dr Q_____ rapporte également, dans son rapport du 20 décembre 2005, que son jeune patient a réalisé des progrès dans tous les domaines, mais présente toujours un retard global de développement. Les ergothérapeutes indiquent aussi dans leur rapport du 23 mai 2007 que l'enfant a notablement progressé, en particulier au niveau moteur. Elles relèvent notamment que son tonus est moins bas, qu'il ne laisse plus tomber des engins mobiles, que ses ajustements posturaux se sont affinés, qu'il ne cherche plus systématiquement des appuis pour enjamber des obstacles, monte les escaliers seul sans se tenir à la rampe, peut marcher seul sur un

petit muret et parvient à monter une rampe assis sur une planche à roulette en se hissant à une corde et roule seul en bas. Au niveau de l'autonomie, il met systématiquement seul ses chaussettes, ses chaussures et sa veste. A la maison, il continue néanmoins de demander de l'aide pour plusieurs activités de la vie quotidienne. Sur le plan de la motricité fine (coloriage, découpage, tenue d'un crayon), il doit encore faire beaucoup d'effort, étant gêné par une faible dissociation des doigts et un mauvais contrôle visuel.

Se pose la question de savoir si les améliorations acquises par l'ergothérapie doivent être qualifiées d'importantes au sens de la loi. Or, tel n'est pas le cas de l'avis du Tribunal de céans. En effet, en dépit des séances d'ergothérapie depuis septembre 2004, l'enfant présente toujours beaucoup de difficultés dans la vie quotidienne, ce qui a motivé une demande d'allocations pour impotent. A la maison, il ne parvient en effet pas à s'habiller seul et à faire sa toilette. Il est impossible de le laisser sans surveillance. D'autre part, s'il est certain qu'il a fait des progrès, il n'est pas établi que ceux-ci sont à mettre sur le compte des seules séances d'ergothérapie, l'enfant bénéficiant également d'une prise en charge dans des établissements spécialisés.

Compte tenu de la durée du traitement, dont la fin n'est en outre pour l'instant pas prévisible, ainsi que des progrès relativement modestes, le Tribunal de céans estime qu'en l'espèce les conditions d'application de l'art. 12 al. 1 LAI ne sont pas réalisées.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
8. Au vu de la situation sociale (enfant placé dans une famille d'accueil et parents dans une situation précaire), le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. 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); 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

La Présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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