

# FR\_GERICHTE 605 2017 197 vom 31. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_197](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_197)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 197 du 31 août 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 197 del 31 agosto 2018

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 15

décembre 2006, à prendre en charge le traitement lié à une hernie inguinale, qualifiée d'infirmité congénitale (chiffre 303). B. Lors de la scolarisation de l'assuré, retardée d'une année en raison d'un retard au niveau de son développement, des tests ont mis en lumière de nombreuses difficultés en termes de psychomotricité. Durant l'école primaire, des difficultés d'apprentissage et une dysgraphie ont été découvertes. Par décision du 15 décembre 2015, l'OAI a pris en charge les frais d'un ordinateur portable en raison d'une dyspraxie et d'une dysgraphie sévères. C. Depuis 2011, l'assuré est suivi par une pédopsychiatre en raison de difficultés comportementales. Cette spécialiste a posé en 2012 le diagnostic d'un trouble envahissant du développement, sans précision. Les parents de l'assuré ont requis, par demande du 6 janvier 2015, la prise en charge de la psychothérapie instaurée en raison de ce trouble. Par projet de décision du 2 août 2016, l'OAI a refusé cette demande. Selon le Service médical régional Bern/Fribourg/Solothurn (ci-après: SMR), une prise en charge des mesures médicales en raison d'une infirmité congénitale n'entraîne pas en ligne de compte en l'absence de documents attestant de la survenance de ce trouble avant l'âge de 5 ans. De plus, la psychothérapie étant considérée comme un traitement permanent à défaut d'un bon pronostic, une prise en charge selon l'art. 12 LAI n'était pas envisageable non plus. Dans le cadre de leurs objections du 6 septembre 2016, les parents de l'assuré ont décrit en détail les difficultés de développement observées chez leur fils dès la petite enfance. A l'appui de leur position, ils ont produit un rapport médical de la pédopsychiatre. Après avoir soumis les objections à l'avis du SMR, l'OAI a refusé, par décision du 21 juillet 2017, l'octroi de mesures médicales sous forme de psychothérapie pour les raisons déjà évoquées dans le projet de décision. D. Contre cette décision, les parents de l'assuré, représentés par Me Emmanuel Kilchenmann et Me Thalia Durand, interjettent recours le 11 septembre 2017 auprès du Tribunal cantonal de Fribourg. Ils concluent, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision. A l'appui de leurs conclusions, les recourants produisent plusieurs documents évoquant le comportement de l'assuré avant l'âge de ses 5 ans. Dans le cadre de ses observations du 25 avril 2018, l'OAI souligne qu'il n'y a pas de documents attestant d'un comportement correspondant à une infirmité congénitale avant le cinquième

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 anniversaire de l'assuré. S'agissant d'une prise en charge sous l'angle de l'art. 12 LAI, l'OAI maintient que la durée du traitement est indéterminée compte tenu de la gravité de l'atteinte. Dans leurs contre-observations du 28 mai 2018, les

recourants confirment leurs conclusions en réitérant pour l'essentiel que les troubles du spectre autistique avaient été clairement reconnaissables avant l'âge déterminant de 5 ans. Ils soulignent en outre qu'il faut prendre en compte l'ensemble de la situation du dossier, renvoyant à cet effet à la jurisprudence. L'OAI renonce par courrier du 26 juin 2018 à déposer d'ultimes remarques. Les parents du recourant ont versé une avance de frais de CHF 400.- dans le délai imparti. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en 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 dûment représenté, et qui est directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. La loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) prévoit l'octroi de mesures médicales en général (art. 12 LAI) et en cas d'infirmité congénitale en particulier (art. 13 LAI; VSI 2001 consid. 1a, p. 73; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 77-108). 2.2. 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 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). Selon l'art. 1er de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21), sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant. La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. Les infirmités congénitales sont énumérées dans la liste en annexe de l'ordonnance. D'après l'art. 2 OIC, le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, mais au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant. Lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe est nécessaire, le droit prend naissance au début de l'application de cette mesure; il s'étend à toutes les mesures

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 médicales qui se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale. Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate. L'art. 2 al. 1 et 2 OIC pose donc le principe de la rétroactivité de la prise en charge des mesures médicales, depuis le moment où le traitement s'avère nécessaire, même si l'on ne découvre l'infirmité que plus tard (ATF 120 V 89 consid. 3b; 98 V 270 consid. 2; RCC 1989 p. 224 consid. 3). Quant à l'alinéa 3, il précise que, pour que la mesure puisse être mise à la charge de l'assurance- invalidité, elle doit ainsi être appropriée et nécessaire pour atteindre le but visé (VSI 2001 p. 77 consid. 4b; MEYER-BLASER, p. 105 s). 2.3. Selon la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (ci-après: CMRM), valable à partir du 1er juin 2017, les assurés ont droit jusqu'à l'âge de 20 ans révolus, sans égard aux futures possibilités de réadaptation à la vie professionnelle, aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 13 LAI en relation avec les art. 3 et 8 al. 2 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], conformément à l'art. 2 al. 2 et 3 OIC) (CMRM partie A2, chiffre 1). Les assurés ont droit aux mesures médicales au sens de l'art. 3 LPGA et 13 LAI dès que l'infirmité congénitale nécessite un traitement et que le traitement offre des chances de succès. Sont réputés mesures médicales nécessaires

au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale reconnaît qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Les prestations octroyées doivent être économiques. Il faut que la décision de l'OAI permette de connaître le genre, la durée (horizon temporel) et autant que possible le volume (intensité et/ou fréquence, nombre de séances de physiothérapie ou de psychothérapie) et le but de la prestation, sachant qu'une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée et doit autant que possible être coordonnée avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là (CMRM partie A4, chiffre 14). 2.4. Le chiffre 405 de la liste annexée à l'OIC mentionne comme infirmité congénitale les troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant la cinquième année révolue. Sous le même chiffre, la CMRM confirme qu'en cas de troubles du spectre autistique, des mesures médicales sont octroyées quand les symptômes nécessitant un traitement se sont manifestés avant la cinquième année révolue. La circulaire précise encore que les symptômes ne peuvent pas être reconnus après coup comme "présents avant la cinquième année" s'il n'est pas prouvé qu'ils existaient avant cet âge (CMRM, chiffre 405 1/17). Selon la conception de l'OIC, notamment en comparaison avec le chiffre 404 de l'annexe de l'OIC, il n'est pas nécessaire que les symptômes du trouble cité au chiffre 405 de l'annexe de l'OIC présents avant la cinquième année révolue aient été si développés qu'il aurait été possible déjà à ce moment-là de poser le diagnostic définitif. Les symptômes ayant mené au diagnostic définitif doivent toutefois avoir été présents/visibles dans une certaine mesure et documentés avant la cinquième année révolue. Des rapports médicaux subséquents peuvent être significatifs pour la preuve de la présence d'un trouble du spectre autistique en temps opportun s'ils se rattachent aux résultats d'analyses, respectivement aux constatations de symptômes caractéristiques des troubles du spectre autistique intervenues avant la cinquième année révolue. Ces constatations ne sont toutefois

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 significatives que si les symptômes retenus à l'époque avaient déjà été perçus comme l'expression d'un trouble du développement (arrêt TF 9C\_138/2017 du 20 juillet 2017 consid. 2.2 s.). A cet égard, le Tribunal fédéral a rappelé qu'il ne faut pas perdre de vue que le législateur délégué a mentionné au chiffre 405 de l'annexe de l'OIC des «troubles du spectre autistique», soit des troubles qui n'atteignent pas nécessairement le même degré de sévérité que l'autisme infantile (F84.0; arrêt TF 9C\_639/2013 du 21 mars 2014 consid. 3.3.1). Contrairement au chiffre 404 de l'annexe de l'OIC, il n'y a pas lieu d'exiger que le trouble du spectre autistique soit diagnostiqué avant la cinquième année révolue de l'enfant ou qu'un traitement médical soit entrepris avant cet âge (cf. arrêt du Tribunal administratif du canton de Lucerne, Cour des assurances sociales, du 29 juillet 2002, dans la cause S 00 573, publié in LGVE 2002 II n° 31). Il suffit que la triade de symptômes (communication, interactions sociales réciproques et comportement) se soit déjà manifestée avant la cinquième année. A part cette triade de symptômes – soit des troubles qualitatifs de la communication verbale et non verbale, des altérations qualitatives des interactions sociales et des comportements présentant des activités et des centres d'intérêts restreints stéréotypés et répétitifs – caractérisant toutes les formes de trouble envahissant du développement, le Conseil fédéral mentionne dans son rapport du 10 septembre 2012 que de nombreux enfants, en plus de ces comportements, ne supportent pas les irritations visuelles et auditives ou, à l'inverse, ont un seuil d'irritation sensorielle trop élevé (voir Rapport du Conseil fédéral du 10 septembre 2012 en réponse au postulat 12.3672 – Enfants et jeunes atteints d'un trouble envahissant du développement en Suisse, disponible sur le site «www.parlament.ch»). 2.5. Le chiffre 406 OIC de la liste annexée à

l'OIC mentionne les psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant la cinquième année révolue. La CMRM rappelle sous le même chiffre que les symptômes ne peuvent pas être reconnus après coup comme «présents avant la cinquième année» s'il n'est pas prouvé qu'ils existaient avant cet âge. 3. Le présent litige porte sur la question de savoir si le recourant peut prétendre à des mesures médicales, plus spécifiquement à un traitement psychothérapeutique, en raison d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI. Il convient de préciser à ce stade que l'infirmité congénitale en question est celle mentionnée au chiffre 406, à savoir les psychoses primaires du jeune enfant, comme le soutient la pédopsychiatre dans son rapport du 6 septembre 2016. Bien qu'elle ait diagnostiqué un trouble envahissant du développement, sans précision (CIM-10: F84.9), cette dernière spécialiste ne se réfère pas à l'infirmité congénitale relative aux troubles du spectre autistique selon le chiffre 405. La mention des deux chiffres dans la décision contestée résulte du fait que la psychiatre SMR a, dans ses prises de position, écarté les deux infirmités congénitales. Cela étant et si cela devait s'avérer nécessaire, l'on s'inspirera tout de même en l'espèce de la jurisprudence commentant les troubles rattachés au chiffre 405, tout particulièrement de la méthode de détermination de l'apparition des troubles avant l'âge de 5 ans. 3.1. Il sied en effet d'examiner en l'espèce si des symptômes relatifs aux psychoses primaires du jeune enfant ont été manifestes avant la cinquième année révolue de l'assuré, condition déterminante pour l'octroi de mesures médicales relatives à une infirmité congénitale selon chiffre 406.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 Le bilan psychomoteur établi le 7 mai 2008 indique quant au comportement de l'assuré que celui-ci ne reste pas longtemps assis sur sa chaise et bouge beaucoup, avec un besoin d'être ramené à la tâche, en raison d'un problème de dispersion et d'un manque de concentration. Pour effectuer le bilan, il a fallu à l'assuré du temps supplémentaire. Les résultats des tests mettant en évidence des difficultés à plusieurs niveaux, la psychomotricienne suggère la prise en charge à raison de 50 minutes par semaine dès septembre 2008 (pièce 4 du recours). Le bilan psychologique effectué le 17 septembre 2014 par la pédopsychiatre avec tests de personnalité (Rorschach et TAT) a mis en évidence un fonctionnement du registre psychotique avec des failles sur le plan de la personnalité. A part des angoisses de mort et de morcellement, le bilan a mis en avant des difficultés relationnelles importantes, les liens étant peu évoqués, en raison du caractère indistinctif entre moi et non-moi (dossier OAI p. 52 ss). Il ressort du bilan d'ergothérapie, établi le 20 octobre 2014 à l'attention de la pédopsychiatre, pour l'essentiel ce qui suit: "Selon ce que j'ai pu observer et les données anamnestiques fournies par sa maman, les difficultés de A.\_\_\_\_\_ sont en partie de l'ordre des troubles du développement moteur selon le F82. On pourrait aussi penser à un syndrome de dysfonctionnement non verbal si l'on prend en compte les difficultés au niveau des relations sociales. Un diagnostic de TSA a également été posé par la pédopsychiatre" (dossier OAI p. 130 ss). Dans son rapport sur formule reçu par l'OAI le 9 février 2015, la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, pose le diagnostic de trouble envahissant du développement, sans précision (ICM-10: F84.9) (septembre 2012). Elle relève une grande fragilité, des difficultés d'appréhension du réel ainsi que des troubles instrumentaux engendrant des difficultés d'apprentissage (depuis toujours). Elle atteste de la nécessité du traitement psychiatrique intégré, combinant psychopharmacologie et entretiens individuels et familiaux, qui a été instauré depuis le 29 juin 2012. Elle souligne, en outre, que des séances de psychomotricité sont nécessaires pour permettre un meilleur ancrage corporel et pour améliorer la motricité fine et globale. Quant à la question relative au besoin d'aide

supplémentaire ou de surveillance personnelle, la pédopsychiatre les confirme en mentionnant "depuis toujours" (dossier OAI p. 49 s.). Au nom du SMR, la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie pour enfants et adolescents, retient dans son appréciation du 23 juin 2015 qu'à défaut de diagnostic différentiel, les troubles tels qu'ils ressortent des rapports médicaux font penser soit à un handicap mental, un autisme sévère ou une forme de schizophrénie. En l'absence de document décrivant la présence de symptômes caractéristiques du trouble du spectre autistique durant la période précédant les 5 ans de l'assuré, les conditions du ch. 405 et 406 n'étaient pas remplies. Au vu du traitement psychiatrique instauré depuis trois ans, la gravité de l'état n'induisait pas de bon pronostic avec une durée du traitement incertaine. Dès lors, les conditions selon l'art. 12 LAI pour une prise de charge des mesures médicales ne sont pas réunies (dossier OAI p. 147 s.). Dans son rapport du 6 septembre 2016, la pédopsychiatre traitante confirme l'inventaire des symptômes et signes cliniques d'une grande fragilité pour en déduire que l'assuré présente une psychose infantile ainsi qu'un trouble envahissant du développement, sans précision. En se référant aux observations notamment des parents, la pédopsychiatre indique que "ces difficultés ont été observées très tôt par le cercle familial, avant l'âge de deux ans. En effet, l'enfant manifestait un développement anormal: retard de langage (1ers mots prononcés à l'âge de 3 ans ½ et ébauche de phrases à l'âge de 5 ans) ainsi que des signes d'instabilité motrice (manque

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 d'équilibre et de fluidité dans les mouvements, maladresse motrice). A. \_\_\_\_\_ montrait en outre un comportement préoccupant, à 29 mois il refusait régulièrement de manger, était fréquemment oppositionnel et peinait à acquérir les rudiments de propreté et d'hygiène. Dès l'entrée à l'école maternelle, l'enseignante relevait également des difficultés, notamment une hypersensibilité (des pleurs et effondrements fréquents), une agressivité avec une incapacité à se socialiser ainsi que des problèmes graphomoteurs (lors du coloriage notamment). A noter que, dans la même veine, un premier bilan psychomoteur avait d'ailleurs donné lieu à une prise en charge en psychomotricité en 2008" (dossier OAI p. 178 ss). Le 17 janvier 2017, la Dresse F. \_\_\_\_\_ du SMR réitère qu'il n'y a pas de rapports médicaux antérieurs au cinquième anniversaire de l'assuré décrivant à l'époque des psychoses primaires du jeune enfant [zeitnah frühkindlich psychotische Symptome beschreiben] (dossier OAI p. 194). Dans une note datée du 14 août 2017, la responsable de l'école maternelle privée fréquentée par l'assuré deux fois par semaine durant les années scolaires 2006-2007 et 2007-2008 confirme avoir constaté des problèmes de développement de l'assuré, à savoir notamment des difficultés dans les relations sociales ("il était vite déstabilisé émotionnellement, pleurait fréquemment et manifestait le besoin d'un adulte pour gérer ses contacts avec ses camarades"). Elle évoque en outre une motricité globale et fine peu développée. L'éducatrice de la petite enfance ayant gardé l'assuré de l'âge de six mois à cinq ans à raison de quatre après-midis par semaine, fait part de ses observations dans un écrit daté du 21 août 2017. Il en ressort notamment, à part des difficultés motrices, que l'assuré refusait très souvent de manger ses quatre heures, qu'il ne voulait pas participer aux activités telles que le bricolage ou le dessin, qu'il pleurait pour manifester la tristesse, la colère ou la frustration, qu'il ne parlait pas avant ses cinq ans, communiquant par des gestes ou des sons, et qu'il n'aimait pas les changements comme la visite ou partir à la maison le soir (pièce 2 du recours). Dans son rapport médical du 30 août 2017, la pédopsychiatre souligne, d'une part, que le récit des parents attestant la présence des difficultés du développement avant l'âge de 5 ans doit être pris en compte. D'autre part, elle précise que l'absence de rapports

médicaux s'explique par le fait que la scolarisation a été retardée à l'âge de six ans, raison pour laquelle le bilan psychomoteur a été établi seulement à ce moment-là. Dans ce contexte, elle soulève aussi que les intervenants dans le milieu scolaire étaient à l'époque moins sensibilisés à la détection de signes précurseurs des troubles psychiques ou de troubles du développement tandis que les parents ont traversé une phase de banalisation voire de déni quant à la détresse de leur fils, d'autant plus que le mari était durant cette période atteint psychiquement. S'agissant des deux rapports attestant des difficultés de l'assuré avant l'âge des 5 ans – rédigés par l'enseignante maternelle et l'éducatrice de la petite enfance –, la pédopsychiatre constate qu'ils décrivent bien la présence des problèmes de développement, à savoir un retard de langage, une motricité globale et fine sous-développée et des difficultés à communiquer, notamment en lien avec le fait d'entrer en relation et de faire une demande. Du point de vue psychiatrique, l'hypersensibilité, les pleurs fréquents, l'opposition et les comportements "régressés" rapportés dans ces courriers attestent des difficultés affectives déjà présentes. La pédopsychiatre rappelle enfin les progrès thérapeutiques indiqués dans son précédent rapport, notamment une meilleure stabilisation de l'humeur, la disparition des idées suicidaires, du Pica et de la coprophagie, une meilleure régulation des émotions ainsi qu'un amendement des comportements régressés. Comme, en plus, l'amélioration du fonctionnement global est rapportée par tout le réseau pluridisciplinaire, il lui est incompréhensible que le SMR ait

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 retenu un pronostic sombre, sans l'étayer davantage. Elle conclut que des signes précoces des psychoses primaires du jeune enfant (ch. 406) étaient bien présents, mais pas encore identifiés comme tels (pièce 7 du recours). 3.2. Au vu de tous ces éléments, la Cour de céans constate qu'aussi bien les parents que l'enseignante de l'école maternelle et l'éducatrice de la petite enfance ont observé, avant que l'assuré n'ait atteint ses 5 ans, des difficultés qui correspondent, selon la pédopsychiatre, aux symptômes relatifs à l'infirmité congénitale en question. Mais ces observations n'ont toutefois été mises sur papier que récemment. Le dossier ne contient ainsi aucun document confirmant l'existence des troubles en question rédigé avant le cinquième anniversaire de l'assuré, donc au plus tard en 2007 (cf. arrêt TF 9C\_138/2017 du 20 juillet 2017 consid. 4.1). Le premier document attestant des difficultés au niveau de la psychomotricité est le bilan psychomoteur établi le 7 mai 2008. Il subsiste dès lors un léger doute quant à la valeur probante du faisceau d'indices recueillis par les recourants et il apparaît ainsi difficile de se prononcer. Cette première question du droit à des mesures médicales en raison d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI, en relation avec le chiffre 406 de la liste annexée à l'OIC, peut cependant être laissée ouverte, pour les raisons qui suivent. 4. Il apparaît en effet, à l'examen du dossier, que l'assuré peut tout de même prétendre à la prise en charge de la psychothérapie au titre des mesures médicales prévues par l'art. 12 al. 1 LAI. 4.1. Selon cet article, l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. Cette disposition légale vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 consid. 1; 102 V 41 consid. 1; RCC 1981 p. 519 consid. 3a). En

règle générale, on entend par traitement de l'affection comme telle la guérison ou l'amélioration d'un phénomène pathologique labile. L'assurance-invalidité ne prend en charge, en principe, que les mesures médicales qui visent directement à éliminer ou à corriger des états défectueux stables, ou du moins relativement stables, ou des pertes de fonction, si ces mesures permettent de prévoir un succès durable et important au sens de l'art. 12 al. 1 LAI (ATF 120 V 279 consid. 3a). Alors que cette règle vaut sans réserve pour les adultes, elle doit être adaptée pour les enfants, afin de tenir compte du fait qu'ils se trouvent en phase de développement physique et psychique. Pour ces assurés, des mesures médicales peuvent donc servir avant tout à la réadaptation professionnelle et être prises en charge par l'assurance-invalidité – malgré le caractère temporairement encore labile de l'affection – lorsque, sans elles, il se produirait, dans un proche avenir, une guérison incomplète ou un état de santé qui empêcherait probablement la formation

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 professionnelle ou l'exercice d'une activité lucrative, ou même les deux. Lorsque des enfants sont concernés, l'assurance-invalidité doit donc également assumer des prestations s'il s'agit d'éviter, par des mesures appropriées, le développement d'une affection qui, à défaut de telles mesures, aboutirait à un état pathologique stable susceptible de nuire à la formation professionnelle ou à la capacité de gain future (voir entre autres arrêt TF 9C\_89/2011 du 27 juillet 2011 consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a relevé que le pronostic à poser dans ce cadre sur l'évolution de la situation ne doit pas être compris uniquement dans le sens de la nécessité d'une guérison absolue et complète. Au contraire, il s'agit de prendre en considération le risque particulier de survenance d'un dommage spécifique dans la phase de développement concernée. S'agissant plus particulièrement d'une mesure de psychothérapie concernant un enfant au début de son parcours scolaire, il faut vérifier si cette mesure est nécessaire et appropriée pour atteindre une étape de développement psychique ou psychosocial qui constituerait elle-même la base pour l'acquisition d'aptitudes importantes dont l'absence pourrait représenter plus tard un handicap qui ne serait plus susceptible d'être corrigé (cf. arrêt TF 9C\_912/2014 du 7 mai 2015 consid. 4.3, également arrêts TC FR 608 2015 151 du 3 mai 2016 consid. 4a et 608 2015 12 du 12 décembre 2016 consid. 2b). 4.2. En l'espèce, tant dans sa décision que dans ses observations faisant suite au recours, l'OAI refuse de prendre en charge les frais de la psychothérapie sous l'angle de l'art. 12 LAI en faisant valoir une durée de traitement future incertaine en l'absence d'un bon pronostic, compte tenu que les trois ans de traitement déjà réalisés attestent d'un état grave. Ce point de vue n'est cependant pas partagé par la pédopsychiatre, bien au contraire. Ainsi, elle souligne dans son rapport du 6 septembre 2016 ce qui suit: "Jusqu'à présent, ce traitement psychiatrique a démontré des résultats très encourageants. Depuis le début de sa prise en charge, nous avons observé une meilleure stabilisation de l'humeur avec un contact avec la réalité qui s'est grandement amélioré. La survenue d'idées suicidaires est devenue très rare et on note une meilleure régulation des émotions dans les moments difficiles. Les relations sociales au sein de sa famille ainsi qu'avec ses pairs se sont, en outre, apaisées avec une réduction notable des comportements agressifs, même si une inadéquation aux codes sociaux avec de nombreuses bizarreries reste présente. Nous ajoutons que, l'intégration d'une école spécialisée à l'automne 2015, plus adaptée à ses difficultés d'apprentissage, a nettement tranquilisé A. \_\_\_\_\_, qui depuis quelques mois réalise d'excellents progrès, au point même qu'il a été possible d'envisager une légère diminution du traitement pharmacologique. Concernant la durée du traitement, il est très difficile de la prédire puisque cet adolescent demeure très fragile et n'est pas à l'abri d'une rechute face à des événements potentiellement

perturbateurs. Un important travail thérapeutique doit encore être mené pour déployer encore les habiletés psycho-sociales, les compétences de régulation émotionnelle, et surtout, pour ancrer davantage ce jeune dans le réel en consolidant sa construction identitaire. S'il nous est impossible de vous indiquer une durée de traitement précise, nous pouvons cependant affirmer qu'un arrêt de la prise en charge avant la fin du mouvement pubertaire paraît peu envisageable, tant les enjeux sont nombreux pour que A. \_\_\_\_\_ puisse déployer des habiletés dans divers secteurs" (dossier OAI p. 179 s.). S'agissant d'abord de la durée du traitement, la Cour retient que le traitement a permis une bonne amélioration générale, mais que certaines difficultés demeurent. Bien que la durée soit difficile à estimer, comme l'affirme la pédopsychiatre, il ne s'agit dès lors pas d'un traitement permanent, mais avant tout d'un accompagnement durant la puberté comme l'indiquent les buts visés, notamment la construction identitaire ou encore la familiarisation avec les codes sociaux.

Au vu

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 des circonstances concrètes telles que décrites par la pédopsychiatre, il est tout à fait compréhensible qu'elle ne puisse pas se prononcer sur la durée précise du traitement. Ce qui est déterminant en l'espèce, c'est que l'évolution globale suite au traitement est favorable, avec des progrès à plusieurs niveaux. La psychiatre du SMR évoque certes un sombre pronostic en s'appuyant uniquement sur le fait que le traitement a déjà duré trois ans. Mais il convient, cela étant, de noter dans ce contexte que cette dernière spécialiste estime, dans un avis médical daté du 10 octobre 2017, et donc postérieur à la décision querellée, qu'il faudrait continuer le traitement psychiatrique pour améliorer le potentiel d'intégration (dossier OAI p. 309 s.). De l'avis de la Cour, le traitement psychothérapeutique est, comme l'explique clairement la pédopsychiatre et le reconnaît en fin de compte le SMR, une mesure nécessaire et appropriée pour permettre à l'assuré de franchir un palier de développement susceptible d'améliorer de façon importante son intégration dans la vie professionnelle. En résumé, on peut retenir que le tableau dressé par la pédopsychiatre est tout à fait convaincant. Au vu des circonstances concrètes, force est de constater que les conditions posées à l'art 12 LAI relatives aux mesures médicales sont réunies en l'espèce. Dès lors, l'assuré a droit à la prise en charge de la psychothérapie en question. 5. Partant, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision contestée. 6. La procédure n'étant pas gratuite, il convient de condamner l'autorité intimée, qui succombe, à des frais de procédure par CHF 400.-. L'avance de frais du même montant est remboursée aux recourants. Ayant obtenu gain de cause, les recourants, assistés par Me Emmanuel Kilchenmann et Me Thalia Durand, ont droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Les mandataires, pourtant invités à le faire, n'ayant pas produits de note d'honoraire suite à la demande de la Cour, il sied de fixer l'indemnité d'office. Conformément aux art. 142 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et à l'art. 12 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), et au vu de la complexité relative du cas, des écritures produites en procédure et des stricts travaux nécessaires à la bonne exécution du mandat, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle les mandataires ont droit à CHF 3'250.- (13 heures à 250.-/heure, débours compris), plus CHF 130.- au titre de la TVA à 8% pour les prestations fournis en 2017 et de CHF 125.15 au titre de la TVA à 7,7% pour celles fournies en 2018, soit à un total de CHF 3'505.15. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée aux mandataires des recourants.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est admis et la décision contestée annulée. II. Les frais de procédure par CHF 400.- sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 400.- versée par les recourants leur est restituée. IV. Une indemnité de CHF 3'505.15, y compris CHF 130.- (8%) et CHF 125.15 (7,7%) au titre de la TVA, est allouée aux recourants, à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. V. Notification. 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 31 août 2018/asp Le Président : La Greffière :

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