

FR_GERICHTE 605 2019 134 vom 15. Mai 2020

FR Kantonsgericht, 2020-05-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_134

FR: FR_GERICHTE 605 2019 134 du 15 mai 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 134 del 15 maggio 2020

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2019 134 Arrêt du 15 mai 2020 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Dominique Gross, Marc Sugnaux Greffier-stagiaire : Florian Demierre Parties A. _____ SA, recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée concernant B. _____, assurée Objet Assurance-invalidité – mesures médicales – ergothérapie Recours du 27 mai 2019 contre la décision du 24 avril 2019 Tribunal cantonal TC Page 2 de 11 considérant en fait A. B. _____ (l'assurée), née en 2006, est domiciliée avec ses parents à C. _____. Le 18 juillet 2016, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg tendant à la prise en charge d'un traitement d'ergothérapie qui avait débuté en mai 2015, en invoquant un trouble de déficit d'attention avec trouble du développement moteur, posé pour la première fois en mai 2014, dont la symptomatologie l'entravait pour ses apprentissages à l'école (voir dossier AI p. 9, 19, 78). B. Par décision du 24 avril 2019 (dossier AI p. 98), confirmant un projet de décision du 22 mars 2018 (dossier AI p. 46) à l'égard duquel A. _____ SA, assureur-maladie, avait formulé des objections (dossier AI p. 88), l'Office de l'assurance-invalidité a refusé les mesures médicales requises par l'assurée. Suivant l'avis du médecin de son Service médical régional (dossier AI p. 96), il a en particulier retenu que celle-ci ne présentait pas de troubles du développement moteur, mais des troubles d'ordre psycho-affectifs pour lesquels l'ergothérapie ne constitue pas un traitement spécifique. C. Le 27 mai 2019, A. _____ SA interjette recours auprès du Tribunal cantonal du Canton de Fribourg. Elle conclut, sous suite de frais, à l'annulation de la décision du 24 avril 2019 et au renvoi de la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour qu'il rende une nouvelle décision en prenant à sa charge tous les soins d'ergothérapie dispensés à son assurée. A l'appui de ses conclusions, se référant aux rapports établis par les deux ergothérapeutes qui sont intervenues successivement, elle relève que celle-ci souffre notamment de troubles de la concentration, de mémoire et d'attention et que le travail d'ergothérapie a permis de gros progrès tant sur le plan émotionnel et relationnel qu'au niveau de la concentration et de l'attention. Cette amélioration doit par ailleurs être qualifiée de durable étant donné que le traitement a pris fin à la mi-mai 2017 à la suite d'une bonne évolution. L'avance de frais de CHF 400.- requise par ordonnance du 3 juin 2019 a été acquittée en temps utile. Dans ses observations du 23 juillet 2019, l'Office de l'assurance-invalidité se réfère aux considérants de la décision attaquée et conclut au rejet du recours. 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.

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 Le litige porte sur le financement d'un traitement d'ergothérapie dont a bénéficié l'assurée et que l'assurance-invalidité refuse de financer. En tant qu'assureur-maladie qui pourrait être amené à prendre en charge le traitement litigieux dans l'hypothèse où il n'appartient pas à l'assurance- invalidité de l'assumer, la recourante est ainsi directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. Règles relatives au droit à des mesures médicales. 2.1. D'après l'art. 8 al. 2 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Les mesures de réadaptation comprennent notamment la prise en charge de mesures médicales (art. 8 al. 3 let. a LAI). 2.2. Aux termes de l'art. 12 al. 1 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 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 (al. 1). Conformément à la délégation prévue à l'art. 12 al. 2 LAI, l'art. 2 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) précise que sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physio- thérapeutiques 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. Ces dispositions visent 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 (arrêt TF I 842/02 du 4 juillet 2003 consid. 1; ATF 104 V 79 consid. 1; 102 V 40 consid. 1 et les références citées; arrêt TC FR 608 2018 176 consid. 2.2). Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 2.2.1. 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. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend ainsi 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. Dans le cadre de l'art. 12 LAI, le succès de la réadaptation ne constitue 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; arrêt TF 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1).

2.2.2. Alors que la règle qui précède vaut sans réserve pour les adultes, la jurisprudence a précisé qu'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 être considérées comme servant 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 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; arrêt TC FR 605 2017 197 du 31 août 2018 consid. 4.1).

2.2.3. Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79, 101 V 50 consid. 3b et 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 52 consid. 3c, 98 V 211 consid. 4b; arrêt 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3). 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). 2.2.4. S'agissant spécifiquement de l'ergothérapie, la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) énonce notamment à son chiffre 1014 qu'en vertu de l'art. 12 LAI, cette thérapie est prise en charge par l'assurance-invalidité lorsqu'elle ne fait plus, objectivement et temporellement, partie du traitement de l'affection comme telle. Elle rappelle en cela la règle générale explicitée ci-dessus (consid. 2.2.1). Le chiffre 1015.1 CMRM précise quant à lui que, dans le cadre des mesures médicales visées à l'art. 12 LAI, l'ergothérapie doit être accordée conformément aux prescriptions du chiffre 32 CMRM. A teneur de celui-ci, les critères cumulatifs à prendre en considération sont notamment les suivants: - l'invalidité doit être avérée ou probable; - la mesure médicale ne peut pas être prévue pour une longue durée indéterminée. Il ne doit pas y avoir d'affections secondaires importantes susceptibles de leur côté de diminuer la capacité de gain [...]; - l'amélioration de la capacité de gain doit être importante et durable; - la mesure médicale doit pouvoir se fonder sur un pronostic favorable. Le chiffre 1017 CMRM énonce encore que l'ergothérapie doit être ordonnée par un médecin et que l'indication doit être justifiée par des troubles neurologiques ou neuropsychologiques objectifs, documentés par les résultats d'examen correspondants et ayant des répercussions sur l'acquisition de capacités ou d'habiletés. La demande doit mettre en évidence les objectifs du traitement. 2.3. Constituant une forme d'exception à la règle générale prévue à l'art. 12 LAI, l'art. 13 LAI prévoit par ailleurs que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de vingt ans révolus. Le Conseil fédéral a établi une liste des infirmités auxquelles s'applique cette règle spécifique. 3. Question litigieuse. Il n'est pas contesté que l'assurée ne souffre pas d'une infirmité congénitale qui pourrait justifier l'application de l'art. 13 LAI. C'est dès lors sous l'angle de l'art. 12 LAI qu'il convient d'examiner s'il appartient à l'assurance- invalidité de prendre en charge le traitement d'ergothérapie dont elle a bénéficié. Dans cette démarche, il y a d'abord lieu de revenir sur l'atteinte à la santé telle qu'elle a été décrite par les différents médecins et ergothérapeutes consultés, puis de discuter si les conditions de l'art. 12 LAI, telles que précisées par la jurisprudence et la pratique, sont remplies dans le cas particulier. Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 4. Eléments ressortant des rapports établis par les médecins et ergothérapeutes. 4.1. Dans son rapport établi le 20 décembre 2016 pour appuyer la demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (voir dossier AI p. 19), Dre D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents, médecin traitante, a fait état du diagnostic de trouble de déficit d'attention avec trouble du développement moteur, posé pour la première fois en mai 2014, alors que sa patiente avait sept ans et dix mois. Elle a notamment indiqué que la symptomatologie entravait sa patiente dans ses apprentissages à l'école, précisant que l'état de celle-ci s'améliorait, qu'elle avait besoin d'un suivi en pédopsychiatrie à basse fréquence et en ergothérapie et que, depuis tout petit enfant, elle nécessitait beaucoup plus d'instruction, d'encouragement et de surveillance et de stimulation qu'un autre enfant du même âge. Se référant plus particulièrement à un examen neuropsychologique effectué en mai 2014, elle a également mentionné une bonne coopération et expression, mais des difficultés à comprendre les consignes, une incapacité à bien positionner ses pieds pour marcher sur une ligne, des difficultés de se mettre sur un pied, de sauter sur un pied et de coordonner ses mouvements, une tenue de stylo immature, des difficultés dans la perception visuelle ainsi qu'au niveau des fonctions exécutives avec accent sur les points inhibition, contrôle émotionnel, mémoire de travail, une grande lenteur d'exécution et une faculté de concentration légèrement en-dessous du seuil inférieur de la norme. En résumé, ces données parlaient selon cette

spécialiste pour une symptomatologie dysexécutive avec des troubles de déficit de l'attention. Le pronostic moyennant un suivi en pédopsychiatrie et ergothérapie était toutefois bon. Dans son anamnèse, la pédopsychiatre traitante a également mentionné que sa patiente avait déjà été suivie dès la petite enfance, par un psychologue et par le centre de pédopsychiatrie (CPP). Les plaintes avancées à l'époque étaient une grande anxiété et instabilité émotionnelle, une rivalité au sein de la fratrie, des difficultés relationnelles avec ses pairs, des troubles de sommeil et une forte sensibilité et intolérance à des changements. La faculté de concentration avait été décrite comme vulnérable, mais malgré tout elle avait de bonnes notes à l'école, surtout en mathématiques. Des difficultés à comprendre des consignes étaient mentionnées. Il a également été relevé que la mère de la patiente avait vécu beaucoup de stress durant la grossesse, que l'accouchement a été difficile, que la patiente a acquis la marche sur le tard à l'âge de 14 à 16 mois, mais qu'elle a parlé vite et bien, qu'elle bougeait beaucoup, qu'elle n'était jamais fatiguée et qu'elle a connu des troubles du sommeil depuis la petite enfance. Des difficultés de séparation sont survenues au moment de l'école maternelle et un manque d'autonomie a été constaté lors du début de l'école enfantine à cinq ans, par exemple pour s'habiller seule. Dans son rapport complémentaire du 30 janvier 2017 (dossier AI p. 24), la pédopsychiatre traitante a précisé qu'elle avait basé son analyse sur les données du psychologue E._____ qui suivait également sa patiente, ainsi que sur les résultats de l'investigation de l'ergothérapeute F._____. Elle a également confirmé que le diagnostic d'hyperactivité avait été posé en mai 2014, ajoutant que les premiers signes des particularités développementales se sont manifestés tout de suite après la naissance (acquisition de la marche sur le tard, beaucoup de mouvements spontanés depuis toujours, troubles du sommeil depuis la petite enfance). Le tableau clinique actuel était selon elle très typique pour le diagnostic (angoisses, immaturité au niveau de la motricité, impulsivité, manque d'attention). 4.2. Se déterminant le 7 novembre 2017 sur les rapports de la pédopsychiatre traitante, Dre G._____, spécialiste en psychiatrie pour enfants et adolescents auprès du Service médical Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 régional, exclut l'existence d'un « trouble du comportement chez un enfant doué d'une intelligence normale », au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21) (voir dossier AI p. 42). Elle estime par ailleurs que le diagnostic de troubles de l'attention n'est pas plausible (« nicht nachvollziehbar ») et n'est démontré par aucun test. Elle relève notamment à cet égard que l'assurée a de bonnes notes à l'école et que le trouble du développement moteur dont fait état la pédopsychiatre traitante ne justifie pas un traitement de psychiatrie-psychothérapie. Dans son rapport complémentaire, la spécialiste du SMR rappelle que l'assurée a été décrite comme présentant des difficultés dans la motricité et la coordination (« motorisch ungeschickt und unkoordiniert »). Elle relève toutefois que l'ergothérapie constituerait un « traitement de l'affection comme telle » qui ne tomberait dès lors pas dans le champ d'application de l'assurance-invalidité. 4.3 Des rapports d'ergothérapie ont été adressés à l'Office de l'assurance-invalidité après l'établissement du projet de décision du 22 mars 2018 (voir dossier AI p. 70 ss). Dans un premier bilan non daté, probablement établi au printemps 2014 sur demande de la pédopsychiatre traitante, avant la prise en charge effective, l'ergothérapeute F._____ confirme l'existence de troubles spécifiques du développement moteur (F82-CIM 10), sur la base de plusieurs entretiens, tests et observations cliniques complémentaires. Elle note en particulier un retard dans le développement de la dextérité manuelle et digitale ainsi qu'un trouble important de l'écriture. Elle ajoute que le bilan effectué jusqu'alors ne lui permet pour l'instant pas de

définir clairement le lien entre les troubles du développement moteur et les troubles de l'attention. Elle propose une prise en charge à raison d'une séance hebdomadaire qui pourrait être bénéfique à la patiente pour soutenir le développement de l'écriture, pour l'aider à organiser et gérer son quotidien à la maison et à l'école, pour l'aider à structurer ses activités quotidiennes et à reprendre confiance en ses capacités. Cette prise en charge porterait notamment sur une amélioration des manipulations fines et praxies, un travail sur la stabilité de la prise de l'outil scripteur, un entraînement spécifique à l'écriture et des adaptations des outils et supports, une évaluation et un entraînement de la mémoire visuelle et de la mémoire de travail, une évaluation et un entraînement de l'attention visuelle, auditive et kinesthésique, un apprentissage visant à structurer des parcours dans la grande salle de thérapie et à les inscrire dans un cadre temporel, un travail sur l'autonomie à la maison pour le début de la journée et la période des devoirs, ainsi qu'un travail en collaboration avec les enseignantes. Selon les rapports établis ensuite les 29 mars 2016 et 30 juin 2016 respectivement après 2 x 9 séances et 3 x 9 séances hebdomadaire, l'ergothérapeute F. _____ fait état de difficultés persistantes et constate également des améliorations: « [la patiente] continue à se développer favorablement et à réaliser des progrès. Elle reste motivée, enthousiaste, compliant et pro-active dans le traitement ergothérapeutique. Les difficultés actuellement prioritaires sont les habiletés attentionnelles, la gestion des émotions et des peurs ainsi que la capacité de transfert des acquis/connaissances. Le travail de transfert des outils et stratégies développés en ergothérapie dans le milieu ordinaire doit être poursuivi (en lien avec la gestion des émotions et de l'attention). La collaboration avec les futurs enseignants devait pouvoir être poursuivie afin de cibler au mieux les situations concrètes problématiques en contexte scolaire [...]. Il en est de même avec la collaboration avec la famille. Ainsi, l'amélioration des compétences de coordination visuo-motrice, de manipulations fines et de coordination bimanuelle pourrait également faire partie des axes de Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 prise en charge si cela est nécessaire. [La patiente] doit également pouvoir poursuivre et consolider sa confiance en elle et en ce qui l'entoure. » Puis, dans son rapport établi le 30 mai 2017 à l'issue d'une nouvelle série de 3 x 9 séances hebdomadaire, l'ergothérapeute H. _____ – qui avait repris depuis août 2016 la prise en charge de la patiente au sein du même cabinet – indique que le traitement s'est terminé mi-mai, suite à la bonne évolution durant les derniers mois. Elle relève notamment que la patiente, alors âgée de dix ans et dix mois, a fait de grands pas dans la gestion de ses affaires et la responsabilisation dans ses tâches quotidiennes, que la lecture de l'heure est en voie d'acquisition, qu'elle a gagné en autonomie pour les petites courses à l'épicerie et les déplacements même si des craintes restent présentes (peur d'être volée, d'être enlevée), qu'elle a réussi à nouer des amitiés au sein de sa classe, qu'elle est capable de réaliser différentes activités de cirque (trapèze, tissu aérien, acrobaties, diabolo), qu'elle a amélioré son tonus au niveau du tronc et peut maintenir chaque position de gainage (ventre, dos, côté) pendant 30 secondes, qu'à l'école elle « déconnecte » encore régulièrement entre les différentes activités, mais qu'elle pose davantage de questions à son enseignante si elle n'a pas compris ou n'a pas entendu une information, que de manière générale elle sait très bien verbaliser ce qui l'a mise en colère la veille ou quelques heures auparavant et, enfin, qu'elle sait également identifier des solutions pour diminuer sa colère, par exemple se calmer seule dans sa chambre. 4.4. Appelé à se déterminer sur le dossier complété suite aux objections formulées par l'assureur-maladie, Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie pour enfants et adolescents auprès du SMR, est d'avis que l'assurée ne présente pas de troubles du développement

moteur (voir dossier AI p. 96). Il relève à cet égard que cette absence de troubles moteurs est admise par l'assureur-maladie. Il constate pour le reste que l'ergothérapie a certes permis une nette amélioration au niveau scolaire, dans les activités de la vie quotidienne, dans la confiance en soi, dans la gestion des émotions et des peurs, mais que ce traitement ne constitue pas la thérapie spécialisée intensive spécifique des troubles psycho-affectifs décrits par la pédopsychiatre traitante.

5. Discussion sur les conditions de la prise en charge au sens de l'art. 12 LAI.

5.1. Atteinte à la santé. En résumé, il ressort de ce qui précède que la pédopsychiatre traitante confirme à fin 2016 le diagnostic de trouble de déficit d'attention avec trouble du développement moteur (symptomatologie dysexécutive), déjà posé en mai 2014. L'ergothérapeute F._____ fait elle aussi état au printemps 2014 de troubles spécifiques du développement moteur, précisant que le bilan effectué jusqu'alors ne lui permet pas de définir clairement le lien entre ces troubles et les troubles de l'attention mentionnés par la pédopsychiatre traitante. L'ergothérapeute H._____ s'inscrit dans la ligne de sa prédécesseure. Quant aux pédopsychiatres du SMR, ils remettent largement en cause les différents diagnostics posés.

5.1.1. S'agissant d'abord d'un éventuel trouble de déficit de l'attention auquel fait référence la recourante en faisant état de « troubles de la concentration, de mémoire et d'attention », il peut être relevé avec la première spécialiste du SMR que ce diagnostic, retenu par la pédopsychiatre traitante dès le mois de mai 2014, n'est démontré par aucun test. Plus spécifiquement, l'assurée est toujours décrite comme calme et appliquée à l'école où elle obtient de bonnes notes et il n'est jamais fait mention d'hyperactivité. Les tests effectués ne révèlent pas de trouble de la perception Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 visuelle ou auditive. Des troubles de la capacité de concentration ne sont pas non plus démontrés (voir rapport précité du 7 novembre 2017 de la pédopsychiatre SMR). Face à ces constats, il n'y a certes pas lieu de nier que l'assurée est confrontée à des difficultés de concentration, de mémoire et d'attention qui la conduisent parfois à « déconnecter » entre certaines activités (voir notamment rapport du 30 mai 2017 de l'ergothérapeute H._____). Cela étant, l'existence de ces difficultés, qui se traduisent dans le rapport du 20 décembre 2016 de la pédopsychiatre traitante par la mention d'une faculté de concentration décrite comme « vulnérable », de difficultés à bien comprendre les consignes et d'une certaine lenteur d'exécution ne suffit pas à conclure à l'existence de trouble de déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité (F90-CIM 10).

5.1.2. Concernant ensuite les troubles du développement moteur également diagnostiqués par la médecin traitante (F82-CIM 10), la recourante elle-même admet que leur existence n'est pas établie. Elle va ainsi dans le sens du second spécialiste du SMR qui est d'avis que les difficultés rencontrées par l'assurée sont plutôt de nature psycho-affective. On peut la suivre en constatant que les rapports respectifs de la pédopsychiatre traitante et des deux ergothérapeutes font certes état de difficultés – voire de retards – dans certains apprentissages tels que la motricité fine, l'écriture et l'habillement, mais que celles-ci s'estompent progressivement. Cela est du reste confirmé par l'évolution du travail d'ergothérapie qui s'est assez rapidement orienté vers des exercices de gestion des émotions, d'acquisition d'autonomie dans les tâches quotidiennes à la maison et à l'école et de mise en place d'outils destinés au renforcement de la confiance en ses capacités.

5.1.3. Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les difficultés auxquelles se trouve confrontée l'assurée ne constituent ni un trouble de déficit de l'attention, ni un trouble du développement moteur et qu'elles s'inscrivent dans un contexte plus général de troubles d'ordre psycho-affectif. Comme le relève le second spécialiste du SMR, cette conclusion rejoint du reste à tout le moins partiellement les constats de la pédopsychiatre traitante qui

relève elle aussi dans son rapport de fin 2016 que sa patiente est confrontée à des difficultés de nature psycho-affective telles que des peurs, une instabilité émotionnelle, l'existence d'une rivalité au sein de la fratrie, des troubles du sommeil, une forte sensibilité et une intolérance au changement.

5.2. Autres conditions. Les éléments médicaux figurant au dossier font ressortir que le traitement d'ergothérapie se basait sur un pronostic favorable, qu'il a été limité à une durée de deux ans et qu'il a eu des effets favorables sur la santé de l'assurée, notamment sous l'angle de ses capacités de concentration, de motricité, de gestion des émotions et d'autonomie. Tout indique par ailleurs que cette amélioration est durable. Ce sont autant de conditions nécessaires à la prise en charge de la mesure médicale par l'assurance-invalidité dans le cadre de l'art. 12 LAI qui sont remplies (voir consid. 2.2.3 et 2.2.4). Ces constats de succès de la mesure médicale entreprise ne sont toutefois pas suffisants. Il faut encore 1) que l'ergothérapie ait été indiquée pour empêcher la survenance d'une probable incapacité de gain ou d'accomplir des travaux habituels et 2) qu'elle n'ait pas visé à traiter directement l'atteinte à la santé (« affection en tant que telle ») susceptible de causer cette Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 incapacité (voir ci-dessus consid. 2.2.1 et 2.2.2, avec le rappel que cette dernière condition peut être adaptée lorsqu'il s'agit d'enfants, comme en l'espèce).

5.2.1. La gravité des difficultés auxquelles l'assurée a dû faire face plus particulièrement dans les apprentissages de la concentration, de la mémoire, de l'attention, de la motricité fine, de l'écriture, de la gestion des émotions et de l'autonomie doit être relativisée. Même si elles sont bien réelles et ont sans doute justifié le traitement d'ergothérapie qui s'est avéré efficace, elles ne sont constitutives ni d'un trouble de déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité, ni d'un trouble du développement moteur au sens de la classification internationale des maladies. Rien n'indique non plus qu'elles seraient révélatrices d'autres troubles neurologiques ou neuropsychologiques objectifs. Dans ces conditions, de telles difficultés constatées dans certains apprentissages chez une enfant qui était âgée d'un peu moins de neuf ans au moment où le traitement d'ergothérapie a commencé ne sont pas alarmants au point de craindre pour sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir des travaux habituels lorsqu'il sera devenu adulte. Il ne peut dès lors pas être retenu que l'état de santé de l'assurée, même avant les traitements de psychothérapie et d'ergothérapie entrepris respectivement dès 2014 et 2015 laissait apparaître une future invalidité comme probable.

5.2.2. Une des conditions essentielles à la prise en charge de la mesure médicale dans le cadre de l'art. 12 LAI faisant défaut, il n'est pas nécessaire d'examiner encore si l'ergothérapie constituait ou non un traitement destiné à soigner directement l'atteinte à la santé (« affection en tant que telle »). On peut toutefois relever à ce sujet que les difficultés auxquelles l'assurée se trouve confrontée dans ses apprentissages sont de natures diverses (concentration, motricité, psycho-affectivité), vraisemblablement avec des influences réciproques dont il faudrait tenir compte pour répondre à cette question. Quoi qu'il en soit, l'essentiel sur ce point est que, même si la jurisprudence assouplit cette dernière condition lorsque des enfants sont concernés, il demeure que la mesure médicale doit avoir pour but d'éviter le développement d'une affection qui, à défaut d'une telle mesure, aboutirait à un état pathologique stable susceptible de nuire à la formation professionnelle ou à la capacité de gain future. Or, il a été vu ci-dessus que le degré de gravité de l'atteinte à la santé ne suffit pas pour rendre vraisemblable une telle hypothèse en l'espèce.

5.2.3 Les conditions cumulatives d'une prise en charge de la mesure médicale dans le cadre de l'art. 12 LAI ne sont dès lors pas toutes remplies.

6. Sort du recours et frais. Sur le vu de ce qui précède, c'est à raison que l'Office de l'assurance-invalidité a refusé la prise en charge du traitement d'ergothérapie. Le recours

dès lors rejeté et la décision attaquée confirmée dans ce sens. La procédure n'étant pas gratuite, des frais de procédure fixés à CHF 400.- seront mis à la charge de la recourante. Ils seront compensés avec l'avance de frais effectuée. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens. (dispositif en page suivante) Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 24 avril 2019 de l'Office de l'assurance-invalidité est confirmée. II. Les frais de procédure par CHF 400.- sont mis à la charge de A. _____ SA. Ils seront compensés avec l'avance de frais effectuée. III. 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 15 mai 2020/msu Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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