

FR_GERICHTE 608 2018 221 vom 17. Juli 2019

FR Kantonsgericht, 2019-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_221

FR: FR_GERICHTE 608 2018 221 du 17 juillet 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 221 del 17 luglio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un assuré mineur directement touché par la décision attaquée et dûment représenté par ses parents, détenteurs de l'autorité parentale, eux-mêmes représentés par un avocat. Partant, il est recevable.

E. 2

En l'espèce, il s'agit, en premier lieu, de se demander si les affections présentées par A. _____ constituent une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI et du chiffre 404 de l'annexe à l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21). Dans la négative, en second lieu, la question de la prise en charge de mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI devra être examinée.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 3 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 renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 13 al. 1 LAI prévoit que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. En application des art. 13 al. 2 LAI et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), le Conseil fédéral a établi une liste exhaustive des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées; cependant, la liste peut être complétée, s'agissant d'infirmités congénitales évidentes, par le Département fédéral de l'intérieur (DUC, L'assurance- invalidité in : MEYER, Soziale Sicherheit, 2e éd. 2007, p. 1438; voir également Pratique VSI 1999, p. 170). Au sens de l'art. 1 OIC, 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. L'al. 2 de cette disposition précise que les infirmités congénitales sont énumérées dans la liste en annexe. Conformément à l'art. 2 al. 1 OIC, le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, mais au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant. L'al. 2 énonce que le droit s'étend à toutes les mesures médicales qui se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale. L'al. 3 précise que sont réputées 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. Aux termes de l'art. 3 OIC, le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré a accompli sa 20^{ème} année, même si une mesure entreprise avant ce délai est poursuivie. Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC, sous le titre XVI « Maladies mentales et retards graves du développement », prescrit que doivent être considérés comme infirmité congénitale les troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année; l'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous ch. 403 (le chiffre 404 de l'annexe de l'OIC a été modifié au 1er mars 2012, mais médicalement l'infirmité congénitale est restée la même; cf. arrêt TAF C-1216/2012 du 13 janvier 2014 consid. 4.6). Selon la pratique administrative relative au chiffre 404 de l'annexe à l'OIC - jugé conforme à la loi par le Tribunal fédéral (ATF 122 V 113; voir également les arrêts TF 9C_105/2013 du 8 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_917/2011 du 28 mars 2012 consid. 5) -, plusieurs symptômes doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens de cette disposition soit retenue, à savoir des troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, des troubles des pulsions, des troubles perceptifs et cognitifs, des troubles de la concentration et des troubles de la faculté d'attention. Ils ne doivent pas nécessairement apparaître simultanément, mais peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres (cf. chiffre 404.5 de la Circulaire de l'OFAS concernant les mesures médicales de réadaptation de l'AI [CMRM], valable à partir du 1er janvier 2008). Le diagnostic des troubles mentionnés doit avoir été médicalement posé avant l'accomplissement de la neuvième année de l'intéressé, de même que le traitement de ces troubles doit avoir débuté avant cette date; il s'agit de conditions du droit à la prestation pour les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI, auxquelles il ne peut être renoncé (arrêts TF 8C_23/2012 du 5 juin 2012 consid. 5.1 et I 695/06 du 12 mars 2007). Pour que l'exigence du début du traitement avant la neuvième année soit réalisée, il faut que celui-ci se rapporte à l'infirmité congénitale en cause, dûment diagnostiquée comme telle, également antérieurement au neuvième anniversaire de l'enfant. Il ne suffit pas qu'un traitement de même type que celui dont la prise en charge est requise ait été suivi par le passé, alors que le diagnostic correspondant n'avait pas (encore) été posé (arrêt TF 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.2). Une première reconnaissance de la problématique en tant qu'IC 404 OIC est possible aussi après que l'enfant a atteint 9 ans. Mais on doit alors montrer qu'un diagnostic avait été posé et un traitement médical entrepris avant cet âge (Lettre circulaire AI n 298 du 14 avril 2011 de l'OFAS, n 1.3 p. 2). Sont reconnus comme traitement médical le traitement pédopsychiatrique de l'enfant et de sa famille, le traitement médicamenteux et l'ergothérapie, mais pas la logopédie, la psychomotricité, les cours spéciaux ou de soutien, ni les mesures d'encouragement scolaire intégratif et toute autre mesure de soutien (Lettre circulaire AI n 298 précitée, note de bas de page p. 2). L'examen médical ou psychologique du cas n'est pas considéré comme un traitement, pas plus que les conseils aux parents (arrêt TF I 569/00 du 6 juillet 2001). Un suivi psychologique peut exceptionnellement consister dans un traitement au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC, lorsque les consultations thérapeutiques dépassent largement le cadre de conseils ou d'un examen médical, par exemple quand elles devaient nécessairement être mises en œuvre

pour que l'assuré soit en mesure de suivre une psychothérapie individuelle (arrêt TF 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.3). Lorsque le diagnostic des troubles mentionnés au chiffre 404 de l'annexe à l'OIC et leur traitement comme tels ne sont pas intervenus avant l'accomplissement de la neuvième année, il y a une présomption irréfragable qu'il s'agit d'une maladie acquise et non pas congénitale (arrêt TF 8C_23/2012 du 5 juin 2012 consid. 5.1.1). Autrement dit, le fardeau de la preuve est à la charge de l'assuré (ATF 122 V 113 consid. 2f).

E. 2.2

Selon le chiffre 404.3 CMRM, les troubles cérébraux congénitaux qui ne sont traités effectivement qu'après l'accomplissement de la 9ème année doivent être appréciés à la lumière de l'art. 12 LAI de la même manière que les autres troubles psychiques.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 L'art. 12 LAI règle le droit général aux mesures médicales. Selon l'al. 1 de cette disposition, un assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. L'art. 12 LAI 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 79 consid. 1; 102 V 40 consid. 1; arrêt TF 9C_850/2011 du 5 avril 2012 consid. 2.2; RCC 1981 p. 519 consid. 3a). L'art. 2 al. 1 RAI précise à cet égard que sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate. Aux termes du chiffre 32 CMRM (cf. également arrêt TF I 340/00 du 10 décembre 2001 in VSI 2003 104), les critères cumulatifs à prendre en considération lorsqu'il s'agit d'appliquer l'art. 12 LAI sont 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; les mesures doivent être indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate (art. 2, al. 1, RAI); les prestations octroyées doivent être économiques; il faut que la décision de l'office AI permette de connaître le genre, la durée (horizon temporel) et 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 doit autant que possible être coordonnée avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là. 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, celle-ci se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 consid. 3b, 101 V 43 consid. 3b et les références citées). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 43 consid. 3c; 98 V 205 consid. 4b). En cas de troubles psychiques, la jurisprudence considère que l'historique de la maladie doit être pris en considération pour évaluer le résultat qu'il y a lieu d'escompter d'une mesure médicale (arrêt TF I 343/04 du 3 décembre 2004 consid. 2.2). En particulier, plus un laps de temps important s'est écoulé depuis le début du traitement entrepris, plus l'issue de celui-ci apparaît incertaine (arrêt TF 532/04 du 8 février 2005 consid. 2.3 et les références citées). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 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 277 consid. 3a; 115 V 191 consid. 3; arrêts TF 9C_850/2011 du 5 avril 2012 consid. 4.1; 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1). Si, dans le cas d'une affection psychique, une amélioration n'est pas possible sans traitement durable, le caractère de réadaptation de la thérapie fait défaut (SVR 2006 IV no 3 10).

E. 2.3

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références citées; cf. également ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme

expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 2.4.1

Les pièces médicales suivantes ont été déposées au dossier dans le cadre de l'instruction: - Le rapport médical du 14 septembre 2016 de la Dresse F._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et d'adolescents, qui a diagnostiqué un déficit de l'attention (F 90). Elle a exposé que l'assuré souffrait d'une infirmité congénitale, que son état de santé s'améliorait, qu'un suivi en pédopsychiatrie – psychologie et psychomotricité – était indispensable, et que le pronostic sous traitement était bon. La médecin a précisé qu'une

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 hospitalisation à G._____ était en discussion parce que l'enfant se met en danger à cause de son impulsivité (dossier AI pce p. 20 à 22). - Le courrier du 12 octobre 2016 de la Dresse F._____, qui a requis l'intégration de l'enfant à G._____. Elle a noté un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), un diagnostic différencié de syndrome d'Asperger, un trouble de coordination développemental avec dyskinésies orales et un haut potentiel intellectuel (HPI). La médecin a cessé de suivre A._____ depuis lors (dossier AI pce p. 27 s.). - Le rapport médical du 20 décembre 2016 de la Dresse H._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et d'adolescents, qui a retenu les diagnostics de troubles envahissants de développement (F 84.8), de HPI, de troubles de langage et de retard en psychomotricité. Elle a mentionné que l'enfant présentait des signes de manque de maturité, d'autonomie depuis 2012. Elle a par ailleurs noté un épisode de désinhibition en 2013, une aggravation de l'état de santé avec instauration d'un traitement psychopharmacologique par Risperdal en 2014, ainsi que des mensonges et des fabulations débordantes en 2015. Elle a estimé que l'assuré souffrait d'une infirmité congénitale, que son état de santé s'améliorait et que le pronostic avec un traitement pédopsychiatrique intégré était bon. La médecin a cessé de suivre A._____ à fin 2015 (dossier AI pce p. 30 à 32). - Le rapport médical du 12 juillet 2017 de la Dresse I._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et d'adolescents, de G._____, qui a diagnostiqué une perturbation de l'activité et de l'attention (F 90.0), un trouble mixte des conduites et des émotions (F 92), ainsi que des troubles anxieux sans précision (F 41.9). Elle a noté que l'enfant avait été mis au bénéfice d'un suivi psychothérapeutique individuel deux fois par semaine avec guidance parentale pour la famille et qu'un nouveau traitement de méthylphémidate et de Rispéridone avait été mis en place. Elle a estimé que l'assuré souffrait d'une infirmité congénitale, que son état de santé s'améliorait et que le pronostic était bon. Enfin, elle a relevé que « par rapport à l'entrée en octobre 2016, A._____ a beaucoup évolué en ce sens que l'agitation n'est plus visible, l'humeur est bonne tandis que les éléments anxieux n'apparaissent plus dans le cadre de G._____. Dans ces circonstances, A._____ va, dès la rentrée 2017 être intégré dans le cursus scolaire normal et si tout va bien nous quitter et poursuivre sa prise en charge chez la Dresse F._____ » (dossier AI pce p. 66 à 71). - La prise de position du 5 décembre 2017 de la Dresse J._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et

d'adolescents, du SMR, qui a, d'une part, noté que les critères du chiffre 404 de l'annexe de l'OIC n'étaient pas remplis, notamment en raison de l'absence de troubles de la perception visuelle et auditive. Elle a, d'autre part, exposé que les conditions de l'art. 12 LAI n'étaient pas réunies non plus, attendu que les diagnostics de troubles envahissants de développement (F 84.8) et de TDAH (F 90.0) retenus constituaient des affections exigeant des traitements de longue durée; elle a ajouté qu'un pronostic favorable fiable ne pouvait pas être posé (dossier AI pce p. 86 à 88). - La prise de position du 5 juin 2018 de la Dresse J. _____, du SMR, qui a noté que le traitement durait déjà depuis 2012 et que la Dresse I. _____ avait annoncé que l'assuré allait devoir poursuivre son traitement de psychothérapie à sa sortie de la clinique; cela étant, elle estime que la durée du traitement est indéterminée. La médecin a ainsi souligné qu'aucun élément médical nouveau n'avait été apporté par E. _____ Assurance-maladie et a confirmé sa précédente prise de position (dossier AI pce p. 109 s.).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10

E. 2.4.2

Dans la présente occurrence, force est de constater que A. _____, qui est à ce jour âgé de 13 ans, n'a jamais présenté de troubles de la perception visuelle et auditive, comme l'a noté la Dresse J. _____ dans sa prise de position du 5 décembre 2017. Un des symptômes devant être médicalement diagnostiqués avant l'âge de 9 ans selon le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC fait ainsi défaut. L'assuré ne souffre donc pas d'une infirmité congénitale au sens de cette disposition. Il l'a d'ailleurs expressément admis dans son recours. Par conséquent, une prise en charge du traitement suivi par l'assuré en application de l'art. 13 LAI est exclue. Ainsi que nous l'avons vu (cf. supra consid. 2. i. i.), la possibilité d'une prise en charge de mesures médicales doit dès lors être examinée à l'aune de l'art. 12 LAI. In casu, d'une part, le traitement suivi par l'assuré et dont la prise en charge est requise, soit une psychothérapie, constitue une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle. Autrement dit, le caractère de réadaptation de la thérapie fait ici défaut. Sa prise en charge par l'assurance- invalidité doit être refusée pour ce motif déjà (cf. notamment arrêts TF 9C_850/2011 du 5 avril 2012 consid. 2.2 et 4.1; 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1 et les références citées; SVR 2006 IV no 3 10). D'autre part, A. _____ suit un traitement depuis 2012, soit depuis 6 ans, et vient d'entreprendre un nouveau traitement à base de méthylphémidate et de Risperidone, ainsi que cela ressort du rapport médical du 20 décembre 2016 de la Dresse H. _____ et de la prise de position du 5 juin 2018 de la Dresse J. _____. Certes, certains des médecins traitant de l'assuré ont estimé que le pronostic était bon, mais aucun des médecins sollicités n'a entrevu une limite temporelle au traitement envisagé. Il a tout au contraire été retenu que l'assuré allait seulement pouvoir réintégrer le cursus normal avec le suivi d'un psychiatre. Concrètement, la durée du traitement apparaît donc indéterminée et le pronostic incertain (cf. à cet égard arrêt TF 532/04 du 8 février 2005 consid. 2.3 et les références citées; CMRM, ch. 645-647/ 845-874.5 1/18). Abstraction d'ailleurs, les troubles psychiques diagnostiqués chez l'assuré, à savoir les troubles envahissants de développement et le TDAH, constituent des affections exigeant des traitements de longue durée, comme l'a exposé la Dresse J. _____ dans sa prise de position du 5 décembre 2017 (cf. à cet égard CMRM, ch. 645-647/ 845-874.4 1/17). Aussi une prise en charge des mesures médicales requises en application de l'art. 12 LAI ne saurait-elle entrer en considération.

E. 2.5

C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a refusé de prendre en charge la psychothérapie et les mesures médicales requises.

E. 3.1

Partant, le recours (608 2018 221) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 3.2

Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens.

E. 3.3

Le requérant a déposé une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 222).

E. 3.3.1

Selon l'art. 61 let. f 2ème phr., LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au requérant.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Aux termes de l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Selon l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle : a. des frais de procédure ; b. de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire le rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). Sur la question des chances de succès du recours, un procès est considéré comme dépourvu de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre, et qu'elles ne peuvent donc être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une personne raisonnable et de condition aisée renoncerait à s'y engager en raison des frais qu'elle s'exposerait à devoir supporter ; il ne l'est pas lorsque les chances de succès et les risques d'échec s'équilibrent à peu près, ou que les premières ne sont que légèrement inférieures aux secondes; les conclusions paraissent d'emblée vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer; uniquement parce qu'il ne lui coûte rien une partie ne doit pas pouvoir mener un procès qu'elle ne conduirait pas à ses frais (cf. ATF 133 III 614 consid. 5; arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3). S'agissant de la question de savoir si la désignation d'un avocat d'office est objectivement nécessaire, il faut tenir compte des circonstances concrètes de l'affaire, de la complexité des questions de fait ou de droit, des particularités que présentent les règles de procédure applicables, des connaissances juridiques du requérant ou de son représentant, du fait que la partie adverse est assistée d'un avocat, et de la portée qu'a pour le requérant la décision à prendre, avec une certaine réserve lorsque sont en cause principalement ses intérêts financiers (ATF 128 I 225 consid. 2.5.2; 123 I 145 consid. 2b/cc; 122 I 49 consid. 2c/bb; 122 I 275 consid. 3a; arrêt TF 1D_6/2010 du 10 septembre 2010 consid. 3.1). Selon la jurisprudence, la nature de la procédure, qu'elle soit ordinaire ou sommaire, unilatérale ou contradictoire, régie par la maxime d'office ou la maxime des débats, et la phase de la procédure dans laquelle intervient la requête, ne sont

pas à elles seules décisives (ATF 125 V 32 consid. 4b). Aussi, la désignation d'un avocat d'office peut s'avérer objectivement nécessaire, même dans une procédure soumise à la maxime d'office (ATF 119 Ia 264 consid. 3b; 117 Ia 277 consid. 5b/bb; arrêt TF 1D_6/2010 du 10 septembre 2010 consid. 3.1), cette dernière justifiant toutefois une interprétation stricte de la nécessité de la représentation par un avocat (ATF 125 V 32 consid. 2 et consid. 4b; cf. ég. ATF 132 V 200 consid. 5.1.3; arrêt TF 8C_140/2013 du 16 avril 2013 consid. 3.1.2).

E. 3.3.2

En l'occurrence, le recours 608 2018 221 était d'emblée dénué de toute chance de succès. En effet, la psychothérapie dont la prise en charge est requise est une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle et la durée du traitement est indéterminée. En outre, la condition de l'indigence n'est pas remplie non plus. Le père de l'enfant perçoit un revenu confortable, soit un revenu mensuel net de CHF 7'127.85 (pce 1 jointe à la requête d'assistance judiciaire, p. 5, pt. 11). Or, il a certes allégué devoir faire face à un grand nombre de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 dettes, soit celles énumérées par la fiduciaire K._____ Sàrl dans son attestation du 20 août 2018 (pce 2 jointe à la requête d'assistance judiciaire), mais n'a pas prouvé ni même allégué s'en acquitter effectivement (cf. ATF 135 I 221 consid. 5.2.2). Par conséquent, la condition de l'indigence doit être considérée comme non remplie, sans qu'il y ait lieu d'octroyer aux recourants un délai pour compléter la requête (cf. arrêts TF 4A_700/2016 du 24 janvier 2017 consid. 3.2 et 4.3 et les références citées; 5A_380/2015 du 1er juillet 2015 consid. 3.2.2 et 3.2.3; 5P.295/2006 du 24 octobre 2006 consid. 3.4; ATF 125 IV 161 consid. 4a; art. 145 al. 2 CPJA).

E. 3.3.3

La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 221) doit ainsi être rejetée.

E. 3.4

Des frais de justice, fixés à CHF 400.-, doivent dès lors être mis à la charge des recourants. la Cour arrête : I. Le recours (608 2018 221) est rejeté. II. Il n'est pas alloué de dépens. III. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 222) est rejetée. IV. Des frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de B._____ et C._____ pour leur fils A._____. 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 17 juillet 2019/yho Le Président : La Greffière-stagiaire :