

GE_GERICHTE ATAS/335/2016 vom 28. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_335_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/335/2016 du 28 avril 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/335/2016 del 28 aprile 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des constatations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; ATF 112 V 356 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 24 août 2015 refuse la prolongation des mesures médicales sollicitée en janvier 2015, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la

A/3358/2015 - 9/19 - mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3.3

: arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 283/04 du 15 avril 2005 consid. 3.2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 355/01 du 12 octobre 2001 consid. 1). Pour cela, il doit exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien très étroit de causalité adéquate. Pour que le rapport de causalité entre deux faits soit adéquat, il faut non seulement que l'un apparaisse comme la cause nécessaire de l'autre, mais aussi que le premier fait soit propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat semblable. Si ce résultat est strictement démontré, il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse les conditions prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale ou qu'elle soit la conséquence directe de l'infirmité congénitale. Les conséquences indirectes de l'affection de

A/3358/2015 - 12/19 - base peuvent également être dans un rapport de causalité adéquate avec celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 283/04 du 15 avril 2005 consid. 3.2 et la référence citée). Quant à la fréquence des affections secondaires, elle ne constitue pas à elle seule un critère décisif pour l'admission d'un lien de causalité adéquate. Ce n'est que si ce lien de causalité qualifié entre l'atteinte secondaire à la santé et l'infirmité congénitale est donné et si le traitement se révèle en outre nécessaire que l'assurance-invalidité doit prendre en charge les mesures médicales dans le cadre de l'art. 13 LAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 355/01 du 12 octobre 2001 consid. 1; VSI 2001 p. 75 consid. 3a; ATF 100 V 41 et les références). Le Tribunal fédéral, amené à traiter le point de savoir s'il existait un rapport de causalité adéquate qualifié entre l'affection secondaire de l'assurée – troubles dépressifs et du comportement – et un TDAH (ch. 404 OIC), a considéré que ce lien était établi au degré de la vraisemblance prépondérante, même si les troubles dépressifs étaient apparus à la suite de facteurs psychosociaux – diagnostic de leucémie posé chez sa sœur et problèmes conjugaux des parents. En effet, les médecins avaient exposé de manière convaincante que le TDAH avait empêché l'assurée de trouver en elle-même les ressources nécessaires pour faire face aux facteurs psychosociaux évoqués, dont les conséquences cliniques nécessitaient un accompagnement thérapeutique intensif – séjour dans un établissement de soins. Aussi le Tribunal fédéral a-t-il admis l'obligation de prendre en charge une telle mesure médicale dans son principe, en application des art. 13 LAI et 3 al. 2 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_917/2011 du 28 mars 2012). e. Selon le chiffre 11 de la circulaire sur les mesures médicales, publiée par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : CMRM, valable depuis le 1er janvier 2015), « le traitement d'atteintes à la santé qui constituent une conséquence de l'infirmité congénitale est à la charge de l'AI si les manifestations pathologiques secondaires sont en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale et qu'aucun événement extérieur n'intervient de manière déterminante dans le processus. Dans ces cas-là, il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse les conditions particulières prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale. Il importe cependant de fixer des exigences sévères à la reconnaissance d'un lien de causalité qualifié entre une infirmité congénitale et une atteinte à la santé secondaire ». Le chiffre 14 CMRM mentionne que les assurés ont droit aux mesures médicales au sens des art. 3 LPGA et 13 LAI dès que l'infirmité congénitale nécessite un traitement (dont font partie les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale établie en toute certitude) 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'office AI permette de connaître le genre, la durée (horizon temporel) et, autant que possible, le volume

A/3358/2015 - 13/19 - (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. Un contrôle régulier de la réussite thérapeutique du traitement, associant les médecins traitants, doit être effectué régulièrement. f. Les directives administratives de l'OFAS ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci (ATF 133 V 587 consid.

E. 4

Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à la continuation de la prise en charge de son traitement psychothérapeutique.

E. 6

a. L'art. 13 LAI dispose que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) 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. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC - RS 831.232.21), adoptée conformément à l'art. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), précise que la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale, et que le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. L'art. 2 al. 3 stipule que 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. Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC (dans sa version en vigueur depuis le 1er mars 2012) qualifie d'infirmité congénitale les « troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique 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 ». Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 29 février 2012, le chiffre 404 qualifiait d'infirmité congénitale les « troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (syndrome psycho-organique, psycho-syndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile); l'oligophrénie congénitale est

classée exclusive- ment sous chiffre 40 ».

A/3358/2015 - 10/19 - b. Une méthode de traitement est considérée comme reconnue par la science médi- cale, si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens. L'élément dé- cisif réside dans le succès obtenu grâce à une thérapie déterminée. Cette définition, qui est valable dans le domaine des soins médicaux de l'assurance-maladie, s'applique aussi en principe aux mesures médicales de l'assurance-invalidité. Il s'ensuit qu'en principe, un traitement qui n'est pas à charge de l'assurance obliga- toire de soins en cas de maladie, faute de caractère scientifiquement reconnu, ne peut également pas être pris en charge sur la base de l'art. 13 LAI (ATF 114 V 22 consid. 1a ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], n° 1559). En outre, comme toute mesure de réadaptation, le traitement médical des infirmités congénitales est également soumis au principe de proportionnalité. Pour que la me- sure puisse être mise à la charge de l'assurance-invalidité, elle doit ainsi être appro- priée et nécessaire pour atteindre le but visé (Pratique VSI 1/2001 p. 71 consid. 4b et la référence). Les mesures nécessaires engagent également celles qui sont destinées à maintenir le patient en vie et qui sont propres à agir sur l'infirmité congénitale ou ses consé- quences (ATF 102 V 45 consid. 1). La psychothérapie constitue en principe une méthode de traitement scientifique- ment reconnue pour le traitement de personnes affichant un comportement irritable ou apathique ; dans le cadre d'une d'oligophrénie congénitale (ch. 403 OIC), une telle conclusion ne s'interdit pas d'elle-même : il est nécessaire d'examiner si de l'avis des médecins appelés à se prononcer sur le cas particulier, une psychothéra- pie constitue une mesure appropriée, nécessaire et proportionnée au regard du com- portement évoqué (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 309/05 du 1er dé- cembre 2005 consid. 2.2.4 et la référence). Lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe à l'OIC est nécessaire, le droit prend nais- sance au début de l'application de cette mesure ; il s'étend à toutes les mesures mé- dicales qui se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congéni- tale (art. 2 al. 2 OIC). Le traitement médical est donc pris en charge aussi long- temps qu'il est indiqué et que le rapport entre les chances de succès et son coût reste raisonnable. Lorsque le traitement a permis de corriger l'infirmité congénitale admise antérieurement par l'AI au point qu'elle n'atteint plus le degré de gravité requis, le droit aux mesures médicales persiste aussi longtemps que le traitement reste indiqué et qu'on puisse attendre une amélioration (ATF 120 V 89 ; Michel VALTERIO, op. cit. n° 1567). c. Le syndrome psycho-organique ne se retrouve ni dans la classification internatio- nale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), ni dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par la Société amé- ricaine de psychiatrie, 4ème édition (DSM-IV), lesquels ne prévoient pas de diagnos-

A/3358/2015 - 11/19 - tic qui correspondrait exactement aux critères selon le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC. Tant le syndrome psycho-organique que le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH ou TDA/H prévu par le DSM-IV) ou le trouble hyperki- nétique associé à un trouble des conduites (F90.1) constituent des descriptions de syndromes qui reposent sur des concepts de maladie et des modèles de représenta- tion différents, mais qui se recoupent toutefois s'agissant des symptômes cliniques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_300/2007 du 14 janvier 2008 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fé- déral des assurances I 572/03 du 15 mars 2004). Selon la jurisprudence, il est reconnu dans le monde médical que les symptômes du

syndrome psycho-organique (SPO) et du TDAH provoquent ou s'accompagnent d'autres maladies psychiques telles que la dépression, les troubles anxieux ou de dépendance. Le SPO/TDAH constitue une maladie complexe comportant un large spectre de symptômes se manifestant par des problèmes émotionnels – faible estime de soi, manque d'assurance, irritabilité, manque de motivation, humeur labile – de l'agressivité ou des états dépressifs. Les symptômes du TDAH apparaissent du plus jeune âge jusqu'à l'âge adulte, avec des particularités propres à l'âge et au sexe du sujet concerné. Chaque enfant souffrant d'un tel trouble présente des limitations qui peuvent varier dans leur forme et leur intensité d'un sujet à l'autre. Aux particularités de chacun correspondent ainsi des besoins thérapeutiques différents. Peuvent par exemple se manifester à l'adolescence : l'inattention, l'envie de rien, le refus de fournir des prestations, l'opposition agressive, la diminution importante de l'estime de soi, des peurs et des dépressions ; des contacts avec des groupes marginaux, une propension à la délinquance, à la consommation d'alcool et de stupéfiants (arrêt du Tribunal fédéral 9C_917/2011 du 28 mars 2012 consid. 3.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 29/06 du 9 août 2007 consid. 6.1). d. Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente (ATF 129 V 207 consid.

E. 6.1

; arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2013 du 8 juillet 2013 consid. 4.4). Elles s'adressent aux organes d'exécution de l'assurance-invalidité, auxquels il appartient de les mettre en œuvre en requérant, le cas échéant, des médecins concernés de compléter leur rapport en fonction des exigences auxquelles est soumise l'administration pour examiner la réalisation des critères déterminants.

E. 7

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351). On ajoutera qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique

raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral

A/3358/2015 - 14/19 - 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

E. 8

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

E. 9

En l'espèce, la chambre de céans rappelle au préalable que l'existence d'une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 OIC n'est pas remise en cause par l'intimé. Ce dernier considère cependant que la prise en charge de la psychothérapie ne lui incombe plus, aux motifs que ce traitement ne peut pas être prolongé indéfiniment, que son succès n'est pas « évident » et qu'il est rendu nécessaire par le contexte familial, dont la pathologie présentée par la recourante n'est qu'accessoirement responsable. La recourante soutient quant à elle que la thérapie est un succès et permet de traiter son infirmité congénitale.

E. 10

Il s'agit donc d'examiner si la psychothérapie constitue une mesure appropriée, nécessaire et proportionnée afin de soigner l'infirmité congénitale dont souffre la recourante, ou une atteinte secondaire en rapport de causalité adéquate qualifiée avec ladite infirmité. Le rapport du Dr G _____ du 8 janvier 2015 ne permet pas de répondre à ces questions. En effet, s'il ressort clairement de ce document que le psychiatre traitant estime que la poursuite du traitement est opportune, le médecin n'a en revanche pas motivé les raisons pour lesquelles ce traitement est encore nécessaire. En particulier, il ne se prononce pas sur l'état actuel des symptômes constitutifs de l'infirmité congénitale (notamment sur la présence de troubles de la perception, de la concentration et de l'attention), cas échéant sur leur degré de gravité. Il signale uniquement une grande impulsivité, sans préciser si elle nécessite la poursuite du traitement médical. Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut déterminer si la poursuite du traitement est indiquée et répond au principe de proportionnalité. S'agissant des affections secondaires (tristesse, humeurs négatives et troubles du comportement), le Dr G _____ indique qu'elles sont « le plus probablement » en lien avec le « contexte familial instable », étant précisé que la recourante a connu des difficultés familiales importantes durant l'automne 2012, avec de nouveaux conflits majeurs durant l'été 2013 et une « complication » de la situation familiale dès le début de l'année 2014. Le médecin n'explique pas si l'infirmité congénitale a empêché la recourante de trouver en elle-même les ressources nécessaires pour faire face à ces facteurs psychosociaux. Il n'est donc pas possible de se déterminer sur le lien de causalité adéquate entre ces affections et l'infirmité congénitale. La Cour de céans observe encore que le succès de la thérapie semble démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, compte tenu des nombreux progrès réalisés par le Dr G _____ (recourante nettement moins habitée par des affects agressifs et n'adoptant plus des attitudes de toute-puissance, discours de plus en plus ancré dans la réalité, plus grande aptitude à considérer les contraintes de la vie quotidienne, à en parler et à chercher des stratégies pour arriver à ses fins, distance plus saine dans sa relation avec sa mère, meilleure capacité à relativiser les événements difficiles ou conflictuels).

A/3358/2015 - 16/19 - S'agissant de la durée du traitement, il est rappelé que la recourante a droit aux mesures médicales aussi longtemps que le traitement est indiqué et qu'on peut en attendre une amélioration. Ainsi, l'appréciation du Dr H _____ ne saurait être suivie. Eu égard à ce qui précède, l'intimé ne pouvait, sur la base des rapports médicaux produits, refuser la prolongation de la prise en charge des séances de psychothérapie en application de l'art. 13 LAI.

E. 11

Reste à examiner s'il existe un droit à des mesures médicales selon l'art. 12 LAI. a. En vertu 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 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. b. 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 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 originelle 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 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 277

A/3358/2015 - 17/19 - consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1). 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 (art. 8 al. 2 LPGA). Lorsqu'il s'agit de mineurs, la jurisprudence a précisé que des mesures médicales pouvaient déjà être utiles de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et, malgré le caractère encore provisoirement labile de l'affection, pouvaient être prises en charge par l'AI si, sans ces mesures, la guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière, ce qui nuirait à la formation professionnelle, diminuerait la capacité de gain ou aurait ces deux effets en même temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.2 et les références). 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 ; ATF 101 V 43 consid. 3b avec 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 43 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3). b. En l'occurrence, la durée du suivi psychothérapeutique n'est pas déterminée et dépend de l'évolution, puisque le Dr G_____ a suggéré la réévaluation de la situation à deux ans de son rapport. Partant, l'une des conditions d'octroi des mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI n'est pas réalisée. Par surabondance, la chambre de céans relèvera que les pièces produites dans le cadre de la présente procédure n'attestent pas que la formation professionnelle ou la capacité de gain de la recourante serait menacée d'une quelconque façon par ses atteintes à la santé. La prise en charge du traitement médical a d'ailleurs toujours été sollicitée et accordée sur la base de l'art. 13 LAI. Or, en l'état du dossier, comme déjà mentionné plus haut, il n'est pas possible de se prononcer sur le droit de la recourante à la prolongation de la prise en charge du traitement psychothérapeutique au sens de l'art. 13 LAI. Il convient donc d'annuler la décision litigieuse, de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Une indemnité de CHF 1'500.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépenses (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA- E 5 10.03]).

A/3358/2015 - 18/19 - La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3358/2015 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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