

GE_GERICHTE ATAS/352/2018 vom 24. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_352_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/352/2018 du 24 avril 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/352/2018 del 24 aprile 2018

Erwägungen

E. 36

Par arrêt du 16 juin 2015, la chambre de céans a admis le recours de l'assuré, annulé la décision du 13 mai 2014 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire (ATAS/427/2015). Elle a relevé que l'OAI avait admis le 10 août 2011 la prise en charge des coûts de la psychothérapie médicalement prescrite à raison de deux séances par semaine, pour la période du 1er novembre 2009 au 30 octobre 2013, sans préciser si cette mesure médicale était accordée sous le couvert du traitement de l'infirmité congénitale ch. 313 OIC ou d'une autre infirmité congénitale, ou encore en vertu du droit plus général à des mesures médicales prévu par l'art. 12 LAI. Elle a considéré que les points litigieux importants n'avaient pas fait l'objet d'une étude fouillée et que les pièces en sa possession ne permettaient pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, si l'assuré souffrait d'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 OIC, voire du ch. 403 OIC, si ses troubles pouvaient être imputés à l'infirmité congénitale ch. 313 OIC ou s'il s'agissait de troubles acquis.

E. 37

L'assuré a été hospitalisé aux HUG du 18 mars au 5 mai 2016. La lettre de sortie du 10 mai 2016 du Prof. E_____ mentionne notamment, à titre de diagnostic principal, une récurrence de bactériémie, à titre de diagnostic secondaire, un retard pondéral, à titre de comorbidités actives, une maladie du sinus avec un pacemaker définitif depuis 2013 et une allergie aux pollens et, à titre de comorbidités inactives, un déficit de l'attention avec une hyperactivité et un retard neuro-développemental.

E. 38

Par rapports des 15 et 23 septembre 2016, le docteur P_____, médecin dentiste, a diagnostiqué une béance squelettique de classe II et une micromandibulie congénitale, soit une infirmité congénitale ch. 208 OIC.

E. 39

En date des 3 et 27 octobre 2016, l'OAI a accepté la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 208 OIC, des appareils médicalement prescrits, du traitement de chirurgie maxillo-faciale du 18 août 2016 au 31 mars 2026, ainsi que la prise en charge des soins pédiatriques à domicile et des coûts de l'hospitalisation du 18 mars au 5 mai 2016 en lien avec l'infirmité

A/3003/2017 - 10/21 - congénitale ch. 313 OIC, et les coûts du suivi nutritionnel en lien avec l'infirmité congénitale ch. 313 OIC du 1er mai 2016 au 31 mars 2026.

E. 40

Mandaté par l'OAI suite à l'arrêt de la chambre de céans du 16 juin 2015 (ATAS/427/2015), le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a rendu son rapport d'expertise le 23 février 2017, basé sur l'étude du dossier de l'OAI et trois entretiens d'environ une heure avec l'assuré entre les 13 janvier et 7 février 2017. L'expert a retenu le diagnostic primaire de trouble envahissant du développement, autisme atypique (F84.1) et exposé que les anomalies ou les altérations du développement étaient survenues très précocement avant l'âge de 3 ans sinon vers l'âge d'1 an, avec des conséquences sur les interactions sociales, la réciprocité de ses relations, ses capacités communicatives, ses intérêts ou ses activités avec des retards pour le moins marqués dans les acquisitions scolaires. L'expert a également mentionné le diagnostic neuropédiatrique de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, lequel avait été posé par la Dresse J_____, et précisé qu'il s'agissait d'une comorbidité accompagnant le diagnostic principal de trouble envahissant du développement autisme atypique. Le Dr Q_____ a mis en doute la réelle indication médicale d'une prise en charge psychothérapeutique et critiqué un certain zèle thérapeutique qui n'avait peut-être pas suffisamment tenu compte des besoins de l'enfant, de ses parents et de l'aide à pourvoir à ces derniers pour surmonter cette épreuve. À son avis, les options thérapeutiques étaient des options strictement pédo-thérapeutiques et non pas médicales. Une approche psychothérapeutique pouvait même être considérée comme contre-indiquée car elle risquerait de mobiliser des tendances projectives. Les problèmes rencontrés dans sa scolarité et peut-être plus tard dans les acquisitions professionnelles dépendaient dans une mesure importante du tableau clinique de sa psychose infantile à évolution déficitaire. Conformément aux principes d'économicité, d'adéquation et d'efficacité, l'expert émettait des réserves sur le bénéfice retiré d'une psychothérapie, bénéfice aggravé par les antécédents des thérapies qui s'étaient succédées et qui avaient limité la disponibilité actuelle de l'assuré avec le risque que de telles aides aggravent ses tendances déficitaires au désinvestissement. Actuellement, il n'y avait pas d'indication à suivre une psychothérapie. Demeurait la possibilité, dans le cours de l'adolescence, de bénéficier de quelques consultations pédopsychiatriques selon les difficultés comportementales. Interrogé sur un éventuel lien de causalité entre l'infirmité congénitale ch. 313 OIC et le trouble psychiatrique, l'expert a estimé que l'infirmité congénitale cardiaque, les conséquences médicales, la succession de nombreuses hospitalisations et des autres soins thérapeutiques avaient co-participé pour une part importante à l'aggravation du diagnostic d'autisme atypique. À ce titre, l'on devait considérer un lien de causalité avec la pérennité des symptômes de l'autisme atypique ou de la psychose infantile à évolution déficitaire avec les conséquences médicales de l'infirmité congénitale cardiaque.

A/3003/2017 - 11/21 -

E. 41

Dans un avis du 21 mars 2017, la doctoresse R_____, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin auprès du SMR, a considéré que la psychothérapie ambulatoire prise en charge du 1er novembre 2009 au 30 octobre 2013 l'avait été sous couvert de l'art. 12 LAI. La prolongation sollicitée avait été refusée car le SMR estimait que la psychothérapie avait pour but le traitement de l'affection comme telle et les critères pour la prise en charge sous couvert de l'art. 12 LAI n'étaient plus remplis. Des diagnostics contradictoires et incompatibles (ch. 404 OCI, ch. 403 OIC) avaient passablement perturbé le dossier de l'assuré et les déterminations du SMR. Il ressortait du rapport d'expertise, lequel était

probant, les diagnostics de trouble envahissant du développement ou autisme atypique, et de trouble déficitaire de l'attention avec une hyperactivité. L'analyse de l'expert mettait en évidence la présence manifeste de symptômes avant l'âge de 5 ans et la nature congénitale de cette affection, indépendamment des atteintes somatiques et des facteurs psycho-sociaux qui avaient co-déterminé la poursuite du développement de la psychose de l'assuré. L'infirmité congénitale ch. 313 OIC n'avait donc pas de lien de causalité direct avec les troubles psychiatriques, mais avait co-participé à l'aggravation de l'autisme atypique. Sous l'éclairage de l'analyse de l'expert, le SMR reconnaissant que les critères pour admettre les mesures médicales sous couvert du ch. 405 OIC (troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année) étaient remplis. Cette infirmité congénitale pouvait typiquement présenter plusieurs symptômes attribuables également à l'infirmité congénitale ch. 404 OIC, raison pour laquelle le SMR retenait ces symptômes comme compris au ch. 405 OIC. S'agissant de la psychothérapie, l'expert avait clairement déclaré qu'il n'y avait pas d'indication actuelle et avait émis des réserves sur les bénéfices qui pouvaient en être retirés. En conclusion, le SMR était favorable à l'ouverture d'un droit sous l'art. 13 LAI pour l'infirmité congénitale ch. 405 OIC. L'indication à une éventuelle psychothérapie future devrait être motivée par une nouvelle évaluation et surtout être posée par un pédopsychiatre et effectuée sous sa délégation.

E. 42

Par communication du 30 mars 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 405 OIC, y compris les contrôles médicaux et le traitement médicamenteux si nécessaire, du 23 février 2017 (date de l'expertise) au 31 mars 2026, étant précisé que le droit au traitement d'une infirmité congénitale et toutes les mesures médicales qui y étaient rattachées (médicaments, contrôles médicaux, moyens de traitement) s'éteignait sans exception à la fin du mois au cours duquel l'assuré avait accompli sa vingtième année.

E. 43

Dans un projet de décision, également daté du 30 mars 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser l'octroi de mesures médicales, dès lors qu'il ressortait de l'expertise qu'il n'y avait pas d'indication actuelle pour une psychothérapie. Partant, il n'était pas possible de prendre en charge la prolongation

A/3003/2017 - 12/21 - de ce traitement, ni sous couvert de l'art. 13 LAI (ch. 405 OIC) ni sous l'angle de l'art. 12 LAI.

E. 44

Le 10 mai 2017, l'assuré a contesté la position de l'OAI et nié toute valeur probante au rapport d'expertise. Il a notamment fait valoir que les médecins consultés, dont certains le suivaient depuis de nombreuses années, n'avaient pas retenu l'infirmité congénitale ch. 405 OIC, mais que le diagnostic d'infirmité congénitale ch. 404 OIC avait été posé, et le ch. 403 OIC parfois mentionné. Or, l'expert n'avait pas motivé les raisons de son choix de diagnostic. Il a rappelé que le suivi psychiatrique avait été mis en place, pour son bien-être, à la demande des médecins et non de ses parents. Depuis le mois de mars 2017, il était suivi par la docteure S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, laquelle réfutait le diagnostic posé par l'expert, tout comme son ancienne psychologue, Mme N_____, et sa neuropédiatre, la Dresse J_____. Il incombait donc à

l'OAI de compléter l'instruction. L'assuré a annexé une attestation de la Dresse S _____ aux termes de laquelle il n'était pas atteint d'une des diverses variantes autistiques telles que répertoriées sous « Troubles envahissant du développement » dans la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (F84).

E. 45

Par décision du 9 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision et refusé d'octroyer des mesures médicales à l'assuré, au motif que l'expertise psychiatrique du 23 février 2017 concluait à l'absence d'indication actuelle pour une psychothérapie. Il a maintenu que la prise en charge de la prolongation du traitement de psychothérapie n'était pas possible, ni en application de l'art. 13 LAI (ch. 405 OIC) ni en application de l'art. 12 LAI.

E. 46

Par acte du 11 juillet 2017, l'assuré, soit pour lui sa mère, représenté par un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, aux auditions de sa pédopsychiatre et de sa cardiologue, et à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire visant à déterminer l'origine de ses troubles.

Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à la prise en charge de son traitement psychothérapeutique. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction et nouvel examen de son droit aux prestations. Le recourant a maintenu les griefs soulevés dans ses observations du 10 mai 2017 et contesté le diagnostic retenu par le SMR, soit l'infirmité congénitale ch. 405 OIC, et l'absence d'indication actuelle au suivi d'une psychothérapie. Il a notamment relevé que l'expert avait posé le diagnostic d'autisme sans donner de plus amples explications, alors qu'aucun autre médecin n'avait auparavant retenu ce trouble, et que de nombreux rapports au dossier relevaient la nécessité d'un suivi psychothérapeutique. Le recourant sollicitait qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée afin de définir s'il souffrait d'une autre infirmité congénitale, en plus de sa malformation cardiaque, et de réexaminer

A/3003/2017 - 13/21 - la question de la prise en charge du traitement psychothérapeutique en lien ou non avec une infirmité congénitale. À l'appui de son écriture, le recourant a produit une attestation du 23 juin 2017 de la doctoresse T _____, spécialiste FMH en cardiologie pédiatrique, aux termes de laquelle le recourant avait dû subir plusieurs interventions complexes de chirurgie cardiaque, interventions qui avaient nécessité de longues hospitalisations aux soins intensifs et étaient responsables d'un stress émotionnel important. Elle pensait sincèrement qu'il y avait un lien très clair entre la malformation cardiaque et les multiples interventions que celle-ci avait nécessité, et l'état psychologique du recourant, qui requérait une prise en charge de psychothérapie. Le recourant a également communiqué un rapport du 3 juillet 2017 de la Dresse S _____, basé sur six entretiens avec le recourant, quatre avec sa mère, un avec son père, et un entretien téléphonique avec sa référente scolaire. Au terme de son évaluation, qui s'était déroulée entre le 7 mars et le 13 juin 2017, la psychiatre traitant a retenu les diagnostics d'autres troubles mixtes des conduites et des émotions (F92.8) et de perturbations de l'activité et de l'attention (F90.0). Elle a rappelé que le recourant avait un parcours médical très lourd et que des difficultés de sociabilisation étaient apparues dès l'âge de 3 ans, lors de son intégration au jardin d'enfant. D'emblée, il était décrit comme ayant des rapports conflictuels avec ses camarades, réclamant l'attention constante des adultes. Compte tenu des problèmes d'intégration, de

son comportement et d'un manque de concentration, il avait changé d'établissement et avait été accueilli dans une plus petite structure. Initialement, il s'était montré adéquat, mais les difficultés comportementales étaient réapparues et il avait dû refaire la première année. En deuxième année, il s'était montré très agressif avec ses camarades. Un bilan cognitif effectué en mai 2012 avait objectivé un bon fonctionnement intellectuel et confirmé d'importantes difficultés d'attention et de concentration. Il avait alors intégré un enseignement spécialisé, mais ses angoisses avaient progressivement pris le dessus et il avait manifesté des difficultés comportementales et attentionnelles, réclamant toujours la présence de l'adulte. De 2015 à 2016, avaient été notés une amélioration des apprentissages scolaires et un comportement plutôt stable. Depuis le mois de janvier 2016, il était à temps partiel dans une classe spécialisée, mais avait été peu présent en raison d'une longue hospitalisation de plusieurs mois. La rentrée 2016-2017 à temps complet dans le même cadre spécialisé avait très bien débuté, mais les difficultés avaient ressurgi au premier plan après les six premières semaines. Le recourant présentait beaucoup de lacunes et un retard scolaire important, mais il progressait néanmoins dans les apprentissages, participait bien, se tenait tranquille en classe et parvenait à focaliser son attention grâce au traitement de Concerta 27 mg par jour introduit en décembre 2011. Les difficultés comportementales persistaient toutefois durant les pauses, les transports en bus ou les d'activités extrascolaires. Depuis un mois et demi, le recourant avait réalisé une progression spectaculaire, il respectait le cadre, n'avait plus aucune difficulté

A/3003/2017 - 14/21 - sociale, se montrait complice, blagueur, curieux et s'investissait beaucoup dans les apprentissages. Il n'était plus dans la provocation, l'opposition, la défiance de l'autorité et il avait réussi à créer des liens de qualité avec certains de ses camarades, même si l'entrée en contact demeurait maladroite. Au status psychiatrique, le recourant frappait par un retard staturo-pondéral et par un faciès stigmatisé, il paraissait plus jeune dans la modalité relationnelle en raison de son côté désinhibé et d'une tendance à rechercher une attention permanente de l'interlocuteur. L'estime de soi était très fortement dévalorisée, il se percevait comme une charge pour ses parents, et face à cette importante mésestime, il se protégeait en s'imaginant tout puissant, n'ayant peur de personne et de rien. Ses capacités cognitives étaient préservées malgré un retard important dans les apprentissages et des difficultés à maintenir un focus attentionnel. Dans les mécanismes de défenses mis en place pour se protéger de ses angoisses, étaient relevés le déni, l'évitement, la toute-puissance, la dénégation et l'annulation. Les affects prédominants étaient de nature sub-maniaque et avaient pour fonction de masquer la symptomatologie anxio-dépressive sous-jacente. Les pulsions agressives, présentes dans le jeu, étaient contrôlées, non débordantes. Les difficultés comportementales, émotionnelles et adaptatives étaient en lien de façon univoque avec un trouble de l'attachement précoce secondaire aux nombreuses hospitalisations dues à sa cardiopathie congénitale, ne permettant pas la constitution d'un lien sécurisé mère-bébé. Les diverses interventions chirurgicales avaient été progressivement perçues comme des attaques, des agressions de la part du corps médical et les parents comme non-protecteurs à cet égard. Il en voulait à ceux-ci de l'avoir construit ainsi. Il avait une santé fragile avec son pacemaker, mais testait sans cesse la robustesse de son corps. Il était important qu'il bénéficie d'une aide psychothérapeutique pour lui permettre d'être plus apaisé avant l'arrivée de la puberté. Il était dans une excitation et une agitation perpétuelle pour éviter d'entrer en contact avec les émotions difficiles qui l'habitaient, pour ne pas avoir peur, ne pas déprimer et pour se sentir vivant. Il avait besoin d'aide pour se calmer et dépasser son identité de victimes des persécutions médicales, pour définir et construire une

identité valorisante. Le recourant ne souffrait pas d'un trouble envahissant du développement de type autisme atypique ni de psychose infantile déficitaire, et une psychothérapie individuelle était pleinement indiquée pour apaiser ses angoisses, l'aider à mettre des mots sur ses émotions, le guider dans sa quête identitaire, le valoriser narcissiquement, éviter des actes de violence.

E. 47

Dans sa réponse du 29 août 2017, l'intimé a conclu à l'admission partielle du recours en ce sens que la prolongation du traitement de psychothérapie était admise pour une durée de deux ans, sous couvert de l'art. 13 LAI (ch. 404 OIC). L'intimé a joint un avis de la Dresse R_____, rendu le 25 juillet 2017 après examen du rapport de la Dresse S_____ du 3 juillet 2017. Le SMR a notamment relevé que le diagnostic de trouble de l'attention et de l'activité était le seul diagnostic sur lequel la pédopsychiatre du recourant et l'expert étaient d'accord, et

A/3003/2017 - 15/21 - que les symptômes de cette infirmité congénitale étaient présents depuis la petite enfance. Le diagnostic de trouble envahissant du développement étant contesté par la psychiatre traitant, il convenait d'octroyer les mesures médicales sous couvert du ch. 404 OIC au lieu du ch. 405 OIC, car le premier était le seul diagnostic sur lequel la psychiatre traitant et l'expert étaient d'accord. S'agissant de la prise en charge de la psychothérapie, la Dresse S_____ avait souligné les progrès importants réalisés par le recourant depuis la reprise du traitement, de sorte que le SMR proposait d'octroyer une psychothérapie pour une durée de deux ans.

E. 48

Par écriture du 25 septembre 2017, le recourant a persisté dans les termes de son recours. Il a contesté la durée limitée de deux ans, laquelle ne faisait l'objet d'aucune explication, et rappelé qu'il avait droit, en application de l'art. 13 LAI, aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. En outre, il a souligné que ses médecins traitants considéraient qu'il existait un lien de causalité très important entre l'infirmité congénitale cardiaque (ch. 313 OIC) et son état psychologique. Il a précisé qu'il devrait subir ces prochaines années d'autres interventions délicates et que limiter la durée de la psychothérapie n'était dès lors pas raisonnable, compte tenu de son bienfait. Il serait nécessaire d'admettre une prise en charge selon ses besoins, sans aucune limitation, à tout le moins jusqu'à sa majorité.

E. 49

Copie de ces observations a été communiquée à l'intimé le 26 septembre 2017. EN DROIT
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 dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - 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. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI), 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). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

A/3003/2017 - 16/21 - 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 9 juin 2017 porte sur la prise en charge des mesures médicales sollicitées en 2013, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). 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]). 5. En ce qui concerne l'objet du litige, il est rappelé que l'intimé a expressément admis, dans sa réponse du 29 août 2017, l'existence d'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 OIC et la prise en charge du traitement de psychothérapie, pour une durée de deux ans. Le recourant requiert une prise en charge sans limitation temporelle jusqu'à sa majorité. Compte tenu des conclusions des parties, seule demeure donc litigieuse la durée de l'octroi de cette mesure médicale. 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 établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra 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. b. L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC - RS 831.232.21), arrêtée 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 OIC stipule 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.

A/3003/2017 - 17/21 - Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC (dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} 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. 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). 7. Comme toute mesure de réadaptation, le traitement médical des infirmités congénitales est également soumis au principe de proportionnalité. Pour que la mesure puisse être mise à la charge de l'assurance-invalidité, elle doit ainsi être appropriée et nécessaire pour atteindre le but visé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 475/00 du 27 mars 2001 consid. 1c et les références). 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. 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. 8. a. Selon la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (ci-après : la CMRM, valable depuis le 1er janvier 2012), publiée par l'office fédéral des assurances sociales, 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 (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 (ch. 14). S'agissant de l'infirmité congénitale ch. 404 OIC, il faut vérifier au plus tard au bout de deux ans si le traitement octroyé est adapté et efficace et s'il a des chances de succès. Il n'est possible et souhaitable de le prolonger que sur présentation d'un

A/3003/2017 - 18/21 - certificat établi par un médecin spécialiste confirmant clairement le succès et l'intérêt du traitement (ch. 404.11). b. Le Tribunal fédéral a admis la conformité à la loi du ch. 404 de l'annexe à l'OIC et de la pratique administrative concernant cette disposition, consacrée dans la CMRM (ATF 122 V 113 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 115/03 du 13 avril 2004 consid. 4.2.2). 9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des

lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les 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 consid. 3b/cc). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du

A/3003/2017 - 19/21 - 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 10. 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). 11. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 9 juin 2017, l'intimé a refusé de prendre en charge la prolongation du traitement de psychothérapie, traitement qui avait été accordé jusqu'au 30 octobre 2013. Il a en effet considéré, sur la base de l'avis du 21 mars 2017 de la Dresse R_____, lui-même fondé sur les conclusions du rapport d'expertise du 23 février 2017, que le recourant souffrait de l'infirmité congénitale visée par le ch. 405 OIC, mais qu'il n'y avait pas d'indication pour une psychothérapie. Dans sa réponse du 29 août 2017, l'intimé s'est référé à une nouvelle appréciation de la Dresse R_____, datée du 25 juillet 2017, aux termes de laquelle les mesures médicales devaient être octroyées sous couvert du ch. 404 OIC puisque cette infirmité congénitale était admise tant par la psychiatre traitant que par l'expert. En outre, la Dresse R_____ a proposé la prise en charge de la psychothérapie, s'écartant ainsi clairement des conclusions du Dr Q_____ au profit de celles de la Dresse S_____. L'existence d'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 OIC est donc désormais clairement admise et la prise en charge par l'intimé du traitement de psychothérapie n'est plus litigieuse. Dans ces conditions, la question de savoir si le

recourant peut se voir accorder le traitement psychothérapeutique en raison d'un lien de causalité étroit entre l'infirmité congénitale cardiaque et les troubles psychiques peut demeurer ouverte. En ce qui concerne la durée dudit traitement, il est conforme à la pratique administrative de réexaminer tous les deux ans l'efficacité, l'adéquation et les chances de réussite d'un traitement ordonné en lien avec le ch. 404 OIC. Toute

A/3003/2017 - 20/21 - prolongation requiert qu'un spécialiste ait attesté de l'intérêt et du succès de la mesure. Les rapports de l'OMP des 18 février et 26 août 2013, ainsi que celui de la Dresse S_____ du 3 juillet 2017, attestent de l'adéquation, de l'efficacité et des bienfaits des séances de psychothérapie, de sorte qu'il se justifie d'accorder la prolongation de cette mesure depuis le 31 octobre 2013, et ce jusqu'au 31 juillet 2019, soit deux ans après la reddition du rapport détaillé de la Dresse S_____. À cette échéance, le recourant pourra solliciter une nouvelle prolongation du traitement psychothérapeutique. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse du 9 juin 2017 annulée et il sera dit que le recourant a droit à la prolongation du traitement de psychothérapie, sous couvert de l'art. 13 LAI (ch. 404 OIC) du 31 octobre 2013 au 31 juillet 2019. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (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]). Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3003/2017 - 21/21 - 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.