

GE_GERICHTE ATAS/427/2015 vom 16. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_427_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/427/2015 du 16 juin 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/427/2015 del 16 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

a. Selon l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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). Elle est donc compétente pour statuer sur le présent recours, qui porte sur une décision rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI).

A/1715/2014 - 14/25 - Le présent recours a été formé dans le délai légal de recours de 30 jours à compter de sa notification (art. 60 al. 1 LPGA), soit en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Le recourant a qualité pour recourir contre la décision attaquée, en tant qu'elle lui refuse des prestations de l'assurance-invalidité auxquelles il estime avoir droit (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

Le présent recours est dirigé contre la décision du 13 mai 2014 refusant la prise en charge par l'assurance-invalidité (ci-après : AI) d'une prolongation de la psychothérapie que suit le recourant, que ce soit au titre des mesures médicales nécessaires au traitement d'infirmités congénitales selon l'art. 13 LAI, ou au titre du droit plus général aux mesures médicales que prévoit l'art. 12 LAI.

E. 3

Au titre des prestations que prévoit la LAI figurent les mesures de réadaptation, qui sont destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité. L'octroi de ces mesures suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21 LAI (soit respectivement aux mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales et aux moyens auxiliaires), quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (art. 8 al. 2 LAI). Les mesures médicales sont de deux sortes : celles qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou

à l'accomplissement des travaux habituels, selon l'art. 12 LAI, et celles qui sont nécessaires au traitement des infirmités congénitales, selon l'art. 13 LAI (Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, p. 137 ss, n. 257 ss et 273 ss).

E. 4

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. L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre les champs d'application respectifs de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion,

A/1715/2014 - 15/25 - sans égard à la durée de l'affection, ressort en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 consid. 1, ATF 102 V 41 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., n. 278, citant Jean-Louis DUC, L'assurance-invalidité, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 2ème éd. 2007, p. 1371 ss, 1433). b. Aux termes de l'art. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), 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 (al. 1). En cas de paralysie et d'autres troubles fonctionnels de la motricité, les mesures médicales prévues à l'al. 1 sont prises en charge à partir du moment où, dans l'état actuel des connaissances médicales, le traitement de l'affection causale est généralement considéré comme achevé ou n'a plus qu'une importance secondaire. En cas de paralysie transverse de la moelle épinière et de poliomyélite, ce moment est réputé survenu, en règle générale, quatre semaines après le début de la paralysie (al. 2). En cas de paralysie et d'autres troubles fonctionnels de la motricité, le droit à la physiothérapie, appliquée dans le cadre des mesures médicales décrites à l'al. 1, dure aussi longtemps que, grâce à elle, la fonction motrice dont dépend la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels peut être améliorée (al. 3). Selon l'art. 2 al. 4 RAI, ne sont pas considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI, notamment, les traitements de blessures, d'infections et de maladies internes ou parasitaires. Toutefois, selon l'art. 2 al. 5 RAI, si les soins sont donnés dans un établissement, l'assurance prend également en charge les actes ressortissant au traitement de l'affection comme telle, aussi longtemps que le séjour dans cet établissement sert principalement à l'exécution de mesures de réadaptation. c. Par « traitement de l'affection comme telle », la loi désigne les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas

prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi,

A/1715/2014 - 16/25 - 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. Ce n'est qu'au moment où la phase du phénomène pathologique labile (primaire ou secondaire) est achevée et qu'un état stabilisé ou relativement stabilisé est apparu, qu'on peut se demander – dans le cas des assurés majeurs – si une mesure médicale est une mesure de réadaptation. 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 (ATF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194 consid. 3). 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 (ATF 105 V 19 ; VSI 2000 p 65). 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 50 consid. 3b et les références). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 52 consid. 3c, ATF 98 V 211 consid. 4b ; ATF non publié 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.2 et 2.3).

E. 5

a. L'art. 13 al. 1 LAI dispose que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée maladie congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 13 al. 2 LAI charge le Conseil fédéral d'établir une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées, et l'habilite à exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes. Selon l'art. 3 RAI, la liste des infirmités congénitales prévue à l'art. 13 LAI fait l'objet d'une ordonnance spéciale. Il s'agit de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales, du 9 décembre 1985 (OIC – RS 831.232.21).

A/1715/2014 - 17/25 - b. L'art. 1 al. 1 phr. 2 et 3 OIC 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. Les infirmités congénitales sont énumérées dans une liste annexée à ladite ordonnance ; le département fédéral de l'intérieur peut adapter cette liste chaque année pour autant que les dépenses

supplémentaires d'une telle adaptation à la charge de l'assurance n'excèdent pas trois millions de francs par an au total (art. 2 al. 2 OIC). 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 (art. 2 al. 3 OIC). c. L'annexe à l'OIC répertorie, à titre de maladies congénitales, les malformations congénitales du cœur et des vaisseaux sous le ch. 313, l'oligophrénie congénitale (seulement pour le traitement du comportement éréthique ou apathique) sous le ch. 403, ainsi que, sous le ch. 404, 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 étant classée exclusivement sous le ch. 403). d. Le ch. 404 de l'annexe à l'OIC qualifie 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). Selon la pratique administrative, plusieurs symptômes – troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, troubles des pulsions, troubles perceptifs et cognitifs, troubles de la concentration et troubles de la faculté d'attention – doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC soit retenue. Ils ne doivent pas nécessairement apparaître simultanément, mais peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Le ch. 404 de l'annexe à l'OIC et la pratique administrative concernant cette disposition ont été jugés conformes à la loi (ATF 122 V 114 consid. 1b). Dans ce cadre, la jurisprudence a précisé qu'un diagnostic établi après la limite d'âge ne permet pas de renverser la présomption d'un syndrome psycho-organique acquis (c'est-à-dire non congénital). Il est toutefois possible que des examens complémentaires pratiqués après l'âge-limite permettent d'établir avec un degré de

A/1715/2014 - 18/25 - vraisemblance prépondérante que l'assuré présentait déjà avant l'accomplissement de la neuvième année la symptomatologie complète de l'infirmité congénitale en cause (ATF 122 V 122 consid. 3c/bb et 3c/cc).

E. 6

a. Pour qu'ils puissent se prononcer sur le droit à des mesures médicales au sens des art. 12 et 13 LAI, il est indispensable - comme pour la détermination de l'invalidité - que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur la question de savoir si des mesures médicales visent à traiter l'affection comme telle ou sont nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels (dans le cas de mineurs si, sans ces mesures, une guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière), sur le caractère congénital ou acquis des infirmités considérées, sur les interférences entre les affections considérées. b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, 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. 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 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351

A/1715/2014 - 19/25 - consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à

l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 7

a. En l'espèce, l'intimé a admis d'emblée que le recourant était atteint d'une infirmité congénitale, diagnostiquée dès avant sa naissance, à savoir un truncus arteriosus de type I, couvert par le ch. 313 de l'annexe à l'OIC. Il a rendu plusieurs décisions et communications (ayant acquis la force de décisions du fait qu'elles n'ont pas été contestées [art. 51 LPGA et 58 LAI ; art. 74ter et 74quater RAI ; ATAS/392/2015 du 2 juin 2015 consid. 3b et 5a]), par lesquelles il a octroyé au recourant la prise en charge du traitement de cette infirmité congénitale (à l'exception des mesures de prévention de l'endocardite), dans un premier temps pour une période de cinq ans (soit du 3 mars 2006 au 31 mars 2011), puis jusqu'à ce que le recourant ait atteint l'âge maximal de 20 ans (soit du 1er avril 2011 au 31 mars 2026), et en précisant que cette prise en charge incluait celle de la

A/1715/2014 - 20/25 - physiothérapie et des appareils médicalement prescrits nécessaires au traitement des problèmes pulmonaires du recourant. La prise en charge du traitement de cette infirmité congénitale OIC n° 313 n'est pas remise en question en tant que telle par l'intimé. C'est la prise en charge d'une psychothérapie qu'il a fini par nier, tant comme mesure médicale nécessaire au traitement d'une maladie congénitale selon l'art. 13 LAI (qu'il s'agisse de celle de malformations congénitales du cœur et des vaisseaux visée par le ch. 313 de l'annexe à l'OIC ou d'une autre, en particulier d'une oligophrénie congénitale ou de troubles du comportement au sens respectivement des ch. 403 et 404 de l'annexe à l'OIC), que comme mesure médicale fondée sur l'art. 12 LAI. b. En effet, après l'apparition de troubles du comportement du recourant, suite – du moins chronologiquement – à un traumatisme crânio-cérébral et à un trouble du rythme cardiaque en juin 2009 ainsi qu'à une syncope convulsivante sur bloc atrio-ventriculaire et à des complications cardiaques en juillet 2009, demande avait été faite à l'intimé, le 5 novembre 2009, de prendre également en charge un traitement de psychothérapie. L'intimé a accordé au recourant, le 10 août 2011, la prise en charge des coûts de cette psychothérapie ambulatoire médicalement prescrite, à raison de deux séances par semaine, pour la période du 1er novembre 2009 au 30 octobre 2013. Il n'a pas précisé si cette mesure médicale était accordée sous le couvert du traitement de l'infirmité congénitale figurant sous le ch. 313 de l'annexe à l'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. Il sied cependant de noter que par une décision du 11 avril 2011, l'intimé avait refusé au recourant des mesures médicales pour des troubles de comportement constitutifs de l'infirmité congénitale visée par le ch. 403 de l'annexe à l'OAI, évoquant à leur propos des anomalies acquises. L'intimé a encore accepté par la suite, le 29 février 2012, de prendre en charge les frais de transport qu'avait le recourant pour se rendre à ses séances de psychothérapie, jusqu'à la même échéance du 30 octobre 2013 ; et le 8 mai 2013, à la suite d'un changement du psychologue-psychothérapeute prodiguant au recourant la psychothérapie considérée, il a confirmé prendre en charge les coûts de cette dernière, également jusqu'à cette échéance du 30 octobre 2013. C'est dire que l'intimé a considéré, à tout le moins jusqu'à fin octobre 2013 sinon mai 2014, que la psychothérapie considérée relevait bien de la LAI. Sa décision du 13 mai 2014 (à savoir la décision attaquée) représente donc un revirement de position de sa part à ce sujet,

nonobstant le flou qu'il a laissé planer sur le fondement juridique de la prise en charge qu'il acceptait. c. Ce n'est pas parce que la décision que l'intimé a rendue le 11 avril 2011 n'a pas été contestée qu'une prise en charge par l'AI de la psychothérapie en question ou d'autres mesures médicales ne pourrait plus intervenir en faveur du recourant en considération de troubles du comportement constitutifs de l'infirmité congénitale

A/1715/2014 - 21/25 - répertoriée sous le ch. 403 de l'annexe à l'OIC. Sans doute cette décision est-elle entrée en force. Toutefois, non seulement elle doit être comprise au regard des faits connus lorsqu'elle a été prise, le 11 avril 2011, mais encore il n'est nullement exclu et apparaît au contraire fort possible qu'une infirmité congénitale ne soit reconnue pour un assuré qu'au bénéfice de l'écoulement des années, plutôt que dès avant la naissance, à la naissance même ou dans les semaines ou les mois suivant la naissance. Le diagnostic notamment de tels troubles du comportement d'un enfant doué d'une intelligence normale, au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OAI, peut avoir été posé avant l'âge de neuf ans (soit, pour le recourant, avant mars 2015), sans qu'une présomption de syndrome psycho-organique acquis ne puisse être opposée, étant en outre précisé que des examens complémentaires, pratiqués même après cet âge- limite, peuvent permettre d'établir avec un degré de vraisemblance prépondérante qu'un assuré présentait déjà avant l'accomplissement de sa neuvième année la symptomatologie complète de ladite infirmité congénitale (consid. 5d). Or, en l'occurrence, s'il avait été évoqué (plutôt que véritablement posé) par les Drs I_____ et H_____ déjà en octobre 2010, avant la prise de la décision précitée du 11 avril 2011, le diagnostic de troubles du comportement constitutifs d'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC a été posé nommément par la Dresse J_____ dans un rapport médical du 13 mars 2013, soit postérieurement à ladite décision, et l'intimé a alors réexaminé si une prise en charge de la psychothérapie considérée était envisageable sous le couvert de cette infirmité congénitale, entrant donc en matière sur cette question, à laquelle, par la décision attaquée, il a répondu par la négative pour un motif de fond et non formel.

E. 8

a. La chambre de céans ne saurait exclure que la position de l'intimé soit bien fondée, quand bien même elle repose essentiellement sinon exclusivement sur l'avis du SMR, soit celui d'un de ses médecins, auquel une force probante ne doit pas être déniée pour ce motif. Cet avis se trouve cependant mis en doute et même contredit par celui de plusieurs médecins ou autres intervenants a priori eux aussi compétents, quand bien même tous n'ont pas été précis et catégoriques, que ce soit dans la pose de diagnostics ou dans l'indication de la psychothérapie considérée à titre de traitement de l'affection comme telle, au sens de l'art. 12 LAI, ou à titre de traitement d'une maladie congénitale selon l'art. 13 LAI, en particulier des troubles du comportement visés par le ch. 404 de l'annexe à l'OIC, voire de l'oligophrénie congénitale du ch. 403 de ladite annexe, ou encore du truncus arteriosus de type I couvert par le ch. 313 de ladite annexe et des problèmes qui resteraient associés de près à cette infirmité congénitale (comme l'intimé l'a admis notamment pour les problèmes pulmonaires qu'a rencontrés le recourant, pour le traitement desquels il a octroyé, sous le couvert de cette infirmité congénitale reconnue d'emblée, la prise en charge de diverses mesures, notamment de la physiothérapie, de l'oxygénothérapie et d'autres examens médicaux).

A/1715/2014 - 22/25 - b. Alors que, le 18 janvier 2010, l'unité de cardiologie pédiatrique des HUG affirmait que le traitement de psychothérapie considéré était en relation avec

l'infirmité congénitale OIC n° 313, la Dresse D_____, spécialiste FMH en pédiatrie, médecin traitant du recourant, a précisé, le 11 février 2010, que l'objectif principal de ladite psychothérapie n'était pas le traitement de l'affection comme telle (laissant par là entendre qu'une prise en charge au sens de l'art. 12 LAI ne serait pas exclue). Dans leur rapport du 22 octobre 2010, les Drs I_____ et H_____, respectivement psychiatre-psychothérapeute FMH pour enfants et adolescents et médecin interne aux HUG, ont relaté l'anamnèse du recourant et décrit les symptômes de ce dernier, en particulier ses troubles du comportement, et ils ont souligné la nécessité d'une psychothérapie, toutefois sans poser véritablement de diagnostic, ni se prononcer en particulier sur les points pertinents pour – question n'étant en tant que telle pas directement de leur ressort – juger de l'octroi de mesures médicales émergeant à l'AI plutôt qu'à l'assurance-maladie (sujet dont le SMR a sans doute une meilleure conscience que les autres médecins amenés à soigner le recourant). Sans doute ont-ils rempli simultanément un « questionnaire en cas d'OIC 404 », ce qui suppose qu'ils ont pour le moins envisagé le diagnostic de ladite infirmité congénitale ; mais ils n'ont guère détaillé leur point de vue à ce propos. Swica assurance maladie SA – qui était intervenue auprès de l'intimé comme assureur-maladie du recourant pour formuler des objections à l'encontre de son projet de décision du 4 janvier 2011 de refuser de reconnaître l'infirmité congénitale visée par le ch. 404 de l'annexe à l'OIC – a déclaré retirer ses objections, le 4 mars 2011, apparemment après avoir eu contact avec son propre médecin-conseil. Cela paraît étayer le point de vue de l'intimé. On ignore toutefois quels renseignements médicaux ledit assureur-maladie a reçu de son médecin-conseil et quels arguments l'ont convaincue de retirer ses objections. Dans son rapport du 6 juin 2011, le psychologue-psychothérapeute E_____ évoque des diagnostics en lien avec des troubles de comportement, mais ne se prononce pas sur la question de savoir s'il s'agit de problèmes congénitaux ou acquis, ni si la psychothérapie qu'il prodigue au recourant et dont il soutient la continuation doit servir ou non à traiter l'affection comme telle. Comme cela a déjà été relevé, la Dresse J_____ a, dans son rapport du 13 mars 2012, posé nommément le diagnostic d'infirmité congénitale OIC n° 404 et préconisé la poursuite de la psychothérapie alors en cours comme mesure médicale nécessaire au traitement de cette infirmité. Dans leur courrier du 18 février 2013, la Dresse L_____, médecin directeur médico-pédagogique, et Mme M_____, référente thérapeutique auprès du service médico-pédagogique, ont elles aussi décrit des troubles de comportement du recourant, plutôt que poser un diagnostic, et ont soutenu la nécessité d'une reprise (puisque, dans l'intervalle, il avait été interrompu) de la psychothérapie en question.

A/1715/2014 - 23/25 - Invitées par l'intimé à énoncer des diagnostics, elles ont cité, dans un rapport médical du 26 août 2013, des diagnostics d'ordre psychiatrique (troubles mixtes des conduites et des émotions [F92], perturbations de l'activité et de l'attention [F90.0]) et des diagnostics relevant du domaine du somatique (arythmies cardiaques [I49.9], une commotion [S06.0], une hémorragie sub-arachnoïdienne traumatique [S06.06], une broncho-malacie [Q32.2], des infections des voies aériennes supérieures sans précision [J06.9], des arrêts respiratoires en juillet 2009 et la pose d'un pacemaker péricardiaque en juillet 2009), ainsi que, de façon non étayée, « l'OIC n° 403 » (c'est-à-dire une oligophrénie congénitale). Elles ne se sont cependant pas prononcées sur le caractère congénital ou acquis des troubles de comportement relevés, ni sur les interférences entre les affections du recourant, ni sur la finalité de la psychothérapie en question. Enfin, dans un rapport relatif à un bilan qu'elle avait effectué entre le 21 mars et le 18 avril 2012 (envoyé le 19 mars 2014 à l'intimé par l'office médico-pédagogique), la psychologue O_____ a fait état des résultats

que le recourant avait obtenus lors des tests auxquels elle l'avait soumis, une fois alors qu'il avait pris de la Ritaline et une autre fois alors qu'il n'en avait pas pris, et le situant à maints égards à un niveau comparable à celui d'enfants de son âge – ce qui n'apparaît pas incompatible avec la définition des troubles de comportement visés par le ch. 404 de l'annexe à l'OIC. Elle soutenait la nécessité de poursuivre la psychothérapie en question, sans non plus émettre d'avis sur le caractère congénital ou acquis des troubles du comportement du recourant, sur les interférences entre ses affections, et sur la finalité de la psychothérapie considérée. c. Force est de constater que les points litigieux importants n'ont pas fait l'objet d'une étude fouillée, comportant une description claire, en particulier la qualification des troubles de comportement du recourant comme infirmités congénitales (au sens du ch. 404, voire du ch. 403 de l'annexe à l'OIC), ou leur imputation à l'infirmité congénitale visée par le ch. 313 de ladite annexe (non contestée en tant que telle, mais selon l'intimé sans liens suffisants avec lesdits troubles de comportement) ou acquises, les interférences entre les affections du recourant, et la finalité de la psychothérapie considérée (à savoir le traitement de l'affection comme telle ou non). Les conclusions retenues par le service médical de l'intimé sont plus affirmatives et déclaratoires que suffisamment motivées. La chambre de céans n'est dès lors pas en mesure de se prononcer sur la prise en charge par l'AI, et le cas échéant à quel titre, de la psychothérapie considérée. d. Dès lors qu'aucune expertise administrative n'a été ordonnée et que les points médicaux susmentionnés n'ont guère sinon pas été véritablement instruits par l'intimé, il n'appartient pas à la chambre de céans de le faire. Il se justifie d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire – probablement par le biais d'une expertise (une marge

A/1715/2014 - 24/25 - de manœuvre devant toutefois être laissée à l'intimé à ce sujet) – et pour nouvelle décision.

E. 9

a. En dérogation à la règle générale voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)] soit soumise à des frais de justice, le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA). En l'espèce, il ne se justifie pas de mettre à la charge de l'intimé un émolument supérieur à l'émolument minimal de CHF 200.-. b. Un recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige [art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10); art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03)]. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; ATF 110 V 365 consid. 3c).

En l'espèce, l'indemnité de procédure qui sera allouée au recourant, qui obtient gain de cause, sera arrêtée à CHF 1'200.-.

* * * * *

A/1715/2014 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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