

# **GE\_GERICHTE ATAS/66/2016 vom 21. Januar 2016**

GE Cour de justice, 2016-01-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_66\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_66_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/66/2016 du 21 janvier 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/66/2016 del 21 gennaio 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 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 LAI.

A/3608/2013 - 10/18 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

a. 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). 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). b. En l'espèce, la décision litigieuse du 9 octobre 2013 refuse la prise en charge de mesures médicales sollicitées en décembre 2012 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si le traitement de psychothérapie suivi par la recourante doit être pris en charge par l'intimé.

## E. 5

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. 1er). 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. 1er al. 1er 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

A/3608/2013 - 11/18 - maladie n'est pas réputée infirmité congénitale, et que le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. b. Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC, dans sa teneur 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. c. Le Tribunal fédéral a admis la conformité à la loi du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC et de la pratique administrative concernant cette disposition, consacrée dans la Circulaire de l'OFAS sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM). Le diagnostic des troubles mentionnés doit avoir été posé avant l'accomplissement de la neuvième année de l'intéressé, de même que le traitement de ces troubles doit avoir débuté avant cette date; il s'agit de conditions du droit à la prestation pour les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI (ATF 122 V 113 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_932/2010 du 11 janvier 2011 consid. 2.2), auxquelles il ne peut être renoncé (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_23/2012 du 5 juin 2012 consid. 5.1.1 et I.695/06 du 12 mars 2007). Pour que l'exigence du début du traitement avant la neuvième année soit réalisée, il faut que celui-ci se rapporte à l'infirmité congénitale en cause, dûment diagnostiquée comme telle, également antérieurement au neuvième anniversaire de l'enfant. Il ne suffit pas qu'un traitement, de même type que celui dont la prise en charge est requise, ait été suivi par le passé, alors que le diagnostic correspondant n'avait pas (encore) été posé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.1). d. Selon la CMRM, dans sa teneur valable à partir du 1er mars 2012, applicable, selon les dispositions finales et transitoires, pour toutes les demandes de prestations qui, à cette date, n'ont pas encore fait l'objet d'une décision, le trouble doit avoir été diagnostiqué, documenté et traité comme tel avant la neuvième année. Les troubles acquis doivent être exclus du diagnostic (note marginale 404.2). Les troubles cérébraux congénitaux qui ne sont traités effectivement qu'après l'accomplissement de la neuvième année doivent être appréciés à la lumière de l'art. 12 LAI. On ne peut non plus admettre l'existence d'une infirmité congénitale lorsqu'il est exclusivement fait valoir qu'un traitement eût été nécessaire déjà avant l'accomplissement de la neuvième année (note marginale 404.3). Si, jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de neuf ans, seuls certains des symptômes indiqués en titre sont médicalement attestés, les conditions du ch. 404 OIC ne sont pas remplies. Dans ce cas, il faut vérifier soigneusement si, sur le plan médical, les critères requis selon les directives médicales relatives aux IC 404 sont effectivement remplis (note marginale 404.5). Selon les directives médicales relatives aux IC 404 (annexe 7 de la CMRM), en principe, une première reconnaissance de la problématique en tant qu'infirmité

A/3608/2013 - 12/18 - congénitale OIC 404 est possible aussi après que l'enfant a atteint neuf ans. Dans ce cas, il faut démontrer qu'un diagnostic avait été posé et un traitement médical entrepris avant cet âge (point 1.3). Les conditions du chiffre 404 OIC peuvent être considérées comme réunies si, avant l'âge de neuf ans, on constate au moins des troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, des troubles de l'impulsion et de la perception (troubles perceptifs), des troubles de la concentration et des troubles de la mémorisation. Ces symptômes doivent être présents cumulativement. Si, le jour où l'enfant atteint l'âge de neuf ans, seuls certains de ces symptômes sont médicalement attestés, les conditions du chiffre 404 OIC ne sont pas remplies (point 2.1)

## **E. 6**

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. A 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).

## **E. 7**

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).

## **E. 8**

a. En l'occurrence, la recourante, née le 22 mai 2001 - ayant donc atteint l'âge de neuf ans révolus le 22 mai 2010 -, fait valoir que la prise en charge de l'infirmité congénitale OIC 404 doit être admise, dès lors que tant le diagnostic que le traitement spécifique sont antérieurs à ses neuf ans, ce que conteste l'intimé.

A/3608/2013 - 13/18 - b. Une première reconnaissance de l'infirmité congénitale OIC 404 est certes aussi possible après que l'enfant a atteint neuf ans. Il faut pour cela démontrer qu'un diagnostic a été posé et un traitement entrepris avant cet âge. S'agissant du diagnostic d'hyperactivité, les Dresses G \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'il avait été posé par la

Dresse H\_\_\_\_\_ en décembre 2010, date à laquelle un traitement spécifique avait été instauré (questionnaire du 26 avril 2013). Les Dresses G\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont toutefois ajouté dans ce rapport que les symptômes étaient présents depuis l'âge de sept ans, ce qui avait motivé une psychothérapie. La Dresse G\_\_\_\_\_ a également expliqué devant la chambre de céans qu'elle avait rencontré la recourante en 2012 et avait eu accès à son dossier auprès de la guidance infantile. Si le diagnostic de TDAH n'avait pas été formellement posé, elle avait cependant constaté que les symptômes mentionnés en relevaient clairement (troubles du comportement, impulsivité, troubles de la concentration et de la mémorisation pénalisant déjà les apprentissages scolaires, labilité des affects, forte excitabilité). Dans son rapport du 9 décembre 2013, ce médecin a également indiqué que la recourante présentait avant l'âge de neuf ans ces symptômes. Enfin, la Dresse G\_\_\_\_\_ a expliqué que les troubles du comportement avec forte impulsivité sur une intelligence non altérée ainsi que des difficultés dans les apprentissages scolaires avaient été signalés par la guidance infantile avant l'âge de neuf ans (rapport du 12 octobre 2015). Il résulte des pièces versées au dossier que la recourante a été suivie une première fois du 4 janvier au 29 juillet 2002 par la Dresse L\_\_\_\_\_, pour des manifestations réactionnelles diverses, un retard de développement physiologique, des insomnies non organiques et un stress précoce en lien avec des difficultés familiales. Elle a ensuite été suivie par la Dresse M\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2004 au 22 août 2007, en raison notamment de troubles du comportement. Il résulte des rapports établis par ce médecin que la recourante présentait un trouble oppositionnel avec provocation (F91.3), un trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant (F64.2) et une encoprésie non organique (F98.1). Son niveau intellectuel était dans les limites de la normale. La Dresse M\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante avait débuté l'école enfantine en septembre 2005 et que ses résultats scolaires étaient bons. Les troubles du comportement persistaient de manière raisonnable. Selon la Dresse M\_\_\_\_\_, la recourante présentait une structure paranévrotique de forme hypomaniaque après avoir présenté un trouble de l'attachement primaire qui avait bien évolué depuis son placement en famille d'accueil (pièces 11 et 12 chargé recourante). Contrairement à ce que font valoir la recourante et la Dresse G\_\_\_\_\_, on ne saurait retenir, à la lecture des rapports précités, que les troubles du comportement au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC ont été mis en évidence antérieurement au 22 mai 2010. On rappellera que plusieurs symptômes doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens de cette disposition soit retenue : des troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, des troubles de l'impulsion, de

A/3608/2013 - 14/18 - la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation. Or, il apparaît que seul un trouble oppositionnel avec provocation a été constaté, ce qui correspond uniquement à un aspect particulier du chiffre 404 OIC selon les directives médicales sur les IC 404 (annexe 7, point 2.1.1). La Dresse G\_\_\_\_\_ certes fait état, dans son rapport du 9 décembre 2013, de troubles de la concentration et de la mémorisation pénalisant déjà les apprentissages scolaires durant le suivi par la Dresse M\_\_\_\_\_. Cela étant, on n'en trouve pas confirmation à la lecture des rapports établis par la Dresse M\_\_\_\_\_. Par ailleurs, aucune pièce au dossier ne permet de retenir qu'entre le 22 août 2007 - date de la fin de la prise en charge par la Dresse L\_\_\_\_\_ - et le 22 mai 2010 - date à laquelle la recourante a atteint ses neuf ans - l'ensemble des symptômes relevant du chiffre OIC 404 auraient été constatés chez l'intéressée. Par conséquent, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présentait déjà avant l'accomplissement de sa neuvième année, la symptomatique complète de l'infirmité

congénitale OIC 404. Par ailleurs, on relèvera que si la recourante a effectivement débuté une psychothérapie en août 2007, il résulte des rapports précités que ce traitement n'avait pas pour objet l'infirmité congénitale litigieuse, mais une problématique identitaire et des angoisses d'abandon qui poussaient l'assurée vers l'hypomanie et le contrôle (rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_, pièce 11 chargé recourante). Au demeurant, les Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'un traitement spécifique avait été instauré pour la première fois en décembre 2010, soit après les neuf ans de la recourante. Faute de démonstration de la présence de l'ensemble des troubles avant l'âge de neuf ans et d'un traitement de ces troubles débuté avant cet âge, l'infirmité congénitale n° 404 OIC ne saurait être reconnue. Compte tenu de ce qui précède, les conditions à la prise en charge du traitement en vertu de l'art. 13 LAI ne sont pas réunies en l'espèce.

#### **E. 9**

Reste à examiner si l'intimé doit accorder à la recourante les mesures médicales requises en application de l'art. 12 LAI.

#### **E. 10**

a. En vertu de l'art. 12 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, 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 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,

A/3608/2013 - 15/18 - sans égard à la durée de l'affection, ressortit 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). b. Aux termes de l'art. 2 al. 1 RAI, 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. 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 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. 1er LAI. De plus, 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 consid. 3a; ATF 115 V 191 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_850/2011 du 5 avril 2012 consid. 4.1; 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

A/3608/2013 - 16/18 - 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 citées). A l'inverse, les mesures médicales ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité dans le cas d'assurés mineurs lorsqu'elles portent sur des maladies psychiques, qui en l'état des connaissances de la médecine, ne peuvent s'amender de manière durable sans traitement continu, comme c'est par exemple le cas pour la schizophrénie (ATF 105 V 18). Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, celle-ci se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 consid. 3b; ATF 101 V 43 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 43 consid. 3c; ATF 98 V 205 consid. 4b). En cas de troubles psychiques, la jurisprudence considère que l'historique de la maladie doit être pris en considération pour évaluer le résultat qu'il y a lieu d'escompter d'une mesure médicale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.343/04 du 3 décembre 2004 consid. 2.2). En particulier, plus un laps de temps important s'est écoulé depuis le début du traitement entrepris, plus l'issue de celui-ci apparaît incertaine (ATF 101 V 43 consid. 3c; ATF 98 V 205 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3).

## **E. 11**

a. En l'occurrence, Mme E\_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle suit la recourante depuis août 2007, que ses angoisses d'abandon, de perte et de mort étaient telles qu'elles la submergeaient, qu'elle avait tendance à des passages à l'acte, des mouvements de colère et d'opposition qui la désorganisaient sur le plan psychique, avec beaucoup d'agitation et des troubles somatiques. La psychologue a indiqué que ces manifestations pouvaient mettre en péril la poursuite de la scolarité et la qualité des relations sociales. Sur le plan scolaire, l'assurée a été intégrée dans une école spécialisée et grâce à la psychothérapie, l'évolution a été plutôt

favorable. Cette prise en charge l'aide à contenir ses angoisses et à élaborer sa quête identitaire. La psychologue a souligné que des discontinuités dans la prise en charge pourraient conduire à des débordements d'angoisses, des ruptures au niveau des investissements scolaires et relationnels et des passages à l'acte ou des troubles somatiques plus graves. Selon la Dresse G\_\_\_\_\_, le courrier de Mme E\_\_\_\_\_ démontre que l'amélioration scolaire passe forcément par le traitement des symptômes. Elle en veut pour preuve que l'assurée a pu passer de l'école Toepffer, à celle de l'Arc puis à l'école Acore, qu'elle est désormais mieux intégrée dans sa famille et avec ses pairs et que les perspectives d'intégration professionnelle sont bonnes, puisqu'il est

A/3608/2013 - 17/18 - envisagé qu'elle suive un apprentissage. La Dresse G\_\_\_\_\_ en tire la conclusion que la thérapie a permis à la recourante de canaliser ses angoisses, de réduire ses troubles comportementaux, notamment en évitant des passages à l'acte, mais également de mieux s'investir dans sa scolarité, en améliorant notamment sa concentration. b. Au vu de ces éléments, la chambre de céans constate que la psychothérapie suivie par la recourante depuis 2007 lui permet d'évoluer plutôt favorablement. Cela étant, si le traitement a certes des effets positifs, il convient de rappeler que le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif, car toute mesure médicale qui réussit du point de vue médical a des effets bénéfiques sur la vie active. Encore faut-il que le traitement permette de présager un résultat certain dans un laps de temps déterminé. Or, la recourante bénéficiait au moment de la décision litigieuse, le 9 octobre 2013, d'un traitement psychothérapeutique instauré en août 2007, soit depuis plus de six ans. En dépit de cette durée, le traitement doit être poursuivi à la même fréquence et sans discontinuer, faute de quoi cela pourrait conduire à des débordements d'angoisses, des ruptures au niveau des investissements scolaires et relationnels, des passages à l'acte ou des troubles somatiques plus graves. Par ailleurs, ni la Dresse G\_\_\_\_\_, ni Mme E\_\_\_\_\_ n'ont donné d'indication permettant d'envisager une fin proche du traitement. Enfin, ces spécialistes n'ont pas émis de pronostic certain. Dans ces conditions, on ne peut présager de résultat certain de la psychothérapie en un laps de temps déterminé. Par surabondance, le traitement vise avant tout l'affection en tant que telle, puisque la prise en charge psychothérapeutique vise à donner à la recourante les moyens de contenir ses angoisses et d'élaborer sa quête identitaire. A cet égard, on notera d'ailleurs que la Dresse G\_\_\_\_\_ l'a admis dans son rapport du 21 décembre 2012. A la lumière de toutes ces circonstances, force est d'admettre, avec l'intimé, que la psychothérapie doit s'inscrire dans la durée et qu'elle vise le traitement de l'affection en tant que telle, de sorte que les conditions de l'art. 12 LAI ne sont pas remplies. Il en découle que le recours, mal fondé, ne peut qu'être rejeté.

## **E. 12**

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, dès lors que le représentant légal de la recourante au moment du dépôt du recours est au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/3608/2013 - 18/18 -

**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.