

GE_GERICHTE ATAS/818/2011 vom 31. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_818_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/818/2011 du 31 août 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/818/2011 del 31 agosto 2011

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; 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

a) Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire

A/1224/2011 - 6/12 - valoir une personne atteinte par cette décision. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 120 V 39 consid. 2b ; voir aussi ATF 121 II 174 consid. 2b). L'intérêt doit être direct et concret ; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision, tel n'étant pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 125 V 342 consid. 4a). b) Conformément à l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire (1ère phrase). Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (2ème phrase). A teneur de l'art. 88 ter du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201), si l'assuré d'un assureur-maladie visé à l'art. 11 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) requiert de l'assurance des mesures médicales, l'office AI en avisera l'assureur-maladie intéressé. c) En l'occurrence, en tant qu'assurance-obligatoire des soins de l'assuré, la recourante dispose de la légitimation active, dès lors qu'elle est directement touchée par la décision querellée.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. En effet, le recours a été interjeté le 12 mai 2011 contre une décision datée du 28 mars 2011, étant précisé que les délais sont suspendus du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement (art. 38 et 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assuré à la prise en charge de séances de psychothérapie pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 au titre de mesures médicales de réadaptation.

E. 5

La recourante invoque tout d'abord une violation de son droit d'être entendu. Elle se plaint de ce que l'intimé ait rendu la décision litigieuse, sans pour autant attendre qu'elle ne prenne position, alors qu'elle en avait expressément fait la demande formelle dans son opposition "provisoire". Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (cf. ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment). a) La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 127 I 54 consid. 2b, 127 III 576 consid. 2c), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux

A/1224/2011 - 7/12 - faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa, 124 V 180 consid. 1a). La violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 I 70, 126 V 130 consid. 2b et les références). b) En l'espèce, la Cour de céans relève que l'intimé a ignoré l'opposition provisoire de la recourante et sa demande de délai pour se déterminer sur le projet de décision. Toutefois, dans la mesure où la recourante a eu la possibilité de faire valoir ses arguments et de produire des éléments médicaux dans le cadre de son recours par devant la Cour de céans, laquelle possède plein pouvoir de cognition, la violation du droit d'être entendu peut être considérée comme réparée.

E. 6

Sur le fond, comme l'intimé n'a pas contesté - à juste titre - l'absence d'infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI et du chiffre 641 OIC, il s'agit d'examiner si le traitement prescrit - à savoir une séance hebdomadaire de psychothérapie du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 - doit être pris en charge par l'OAI en vertu de l'art. 12 LAI.

E. 7

a) A teneur 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 la réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 consid. 1, 102 V 41 consid. 1 ; RCC 1981 p. 519 consid. 3a). b) La loi désigne sous le nom de « traitement de l'affection comme telle » les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi

longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection 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

A/1224/2011 - 8/12 - labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation. Dans le cadre de l'art. 12 LAI, le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194 consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19 et 149, 104 V 82, 102 V 42). c) Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle (art. 8 al. 2 LPGA). Lorsqu'il s'agit de mineurs, la jurisprudence a précisé que des mesures médicales pouvaient déjà être utiles de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et, malgré le caractère encore provisoirement labile de l'affection, pouvaient être prises en charge par l'AI si, sans ces mesures, la guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière, ce qui nuirait à la formation professionnelle, diminuerait la capacité de gain ou aurait ces deux effets en même temps (VSI 2000 p 65 ; ATF 105 V 19). 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, 101 V 50 consid. 3b avec les références). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 52 consid. 3c, 98 V 211 consid. 4b). Ainsi, dans un arrêt récent, la Cour de céans a refusé la prolongation d'une mesure médicale au motif que le médecin traitant n'était pas parvenu à déterminer la durée - pas même prévisible - du traitement qui dépendait de l'évolution, même si le pronostic était favorable (ATAS/355/2011). De même, le Tribunal fédéral a nié le droit d'un mineur atteint d'agénésie du corps calleux, de microcéphalie et d'hypotonie axiale à des mesures médicales, dès lors que la durée desdites mesures ne pouvait pas être prévue de manière précise, vu qu'elles prendraient fin lorsque le développement moteur de l'enfant serait optimisé. Le médecin, qui connaissait le mieux le cas, se trouvait dans l'impossibilité d'être plus précis quant à la durée du

A/1224/2011 - 9/12 - traitement, celui-ci étant conditionné par la seule "évolution favorable" de l'état de santé de l'enfant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010). d) Selon la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI, valable à partir du 1er janvier 2009 (ci-après :

CMRM), les mesures médicales de l'AI ne tendent pas au traitement de l'affection comme telle mais visent la réadaptation professionnelle par la correction de séquelles ou de troubles fonctionnels stabilisés. Elle ont pour but de supprimer ou d'atténuer des séquelles caractérisées par la diminution de la mobilité du corps ou de l'appareil locomoteur, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact, afin de permettre une formation professionnelle, de maintenir la capacité d'accomplir des travaux habituels ou d'améliorer la capacité de gain de façon durable et importante (art. 2 al. 1 RAI). La prise en charge médicale selon l'art. 12 LAI suppose donc que le traitement de la maladie ou de l'accident est terminé mais qu'il subsiste des séquelles (relativement) stabilisées. Le traitement causal ou symptomatique de blessures, d'infections, de maladies internes ou parasitaires, ainsi que les mesures servant au maintien de la vie ou de la santé et celles qui sont dans un rapport étroit de connexité temporelle et matérielle avec le traitement des conséquences primaires d'un accident ou d'une maladie ne représentent pas des mesures médicales de réadaptation, mais des mesures qui visent au traitement de l'affection comme telle. Pour déterminer si l'on se trouve en présence de séquelles stabilisées ou bien du traitement de l'affection comme telle ou d'un état pathologique labile, il faut tenir compte de l'état de santé dans son ensemble au moment de l'application de la mesure requise (CMRM p. B2, n° 38 et ss). Lorsqu'un acte médical ne peut pas être classé indubitablement dans l'un des groupes précités, parce que l'on se trouve en présence d'un état relativement stabilisé mais que celui-ci comporte aussi des éléments caractéristiques du traitement de l'affection comme telle, les conditions de l'art. 12 LAI doivent être considérées comme remplies si le caractère de réadaptation est manifestement prépondérant (CMRM p. B5, n° 51). En ce qui concerne plus précisément la psychothérapie, elle est décidée chaque fois pour maximum 2 ans et est à la charge de l'assurance-invalidité si elle est indispensable pour atteindre ou assurer l'objectif de la mesure de réadaptation (CMRM p. B10, n° 76). Ainsi, les conditions posées à la prise en charge des frais y relatifs sont réunies en cas d'atteintes psychiques acquises, lorsqu'un traitement spécialisé intensif appliqué durant un an n'a pas apporté d'amélioration suffisante et que, selon les constatations du médecin spécialiste, on peut attendre de la poursuite du traitement qu'il pourra prévenir dans une mesure importante, la menace de lésions et de leurs influences négatives sur la formation professionnelle et l'exercice d'une activité lucrative. Les mesures psychothérapeutiques ne sont par contre pas à la charge de l'assurance-invalidité quand le pronostic est incertain et que le traitement représente une mesure médicale sans limite de temps (CMRM p. D4, n° 645).

A/1224/2011 - 10/12 -

E. 8

Dans les domaines des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 no U p. 478nconsid. 2b). Sauf dispositions contraires de la loi, le juge fonde sa décision 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 125 V 195 consid. 2, 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).

E. 9

En l'espèce, il convient d'examiner si les deux critères de l'efficacité et de la durée déterminée du traitement - tels que consacrés par la jurisprudence et la circulaire fédérales - sont remplis, de sorte que l'assuré puisse bénéficier de la prolongation de la prise en charge des coûts y relatifs. L'assuré souffre d'un trouble de la personnalité anxieux depuis l'enfance. Ce diagnostic a été posé pour la première fois en juin 2001, lorsque l'assuré avait 7 ans. Ce dernier a suivi des séances de psychothérapie dès cette date, dont le coût a été pris en charge par la recourante. Le but de ce traitement a toujours été défini par le Dr A_____ comme visant à permettre une meilleure intégration sociale, une autonomisation, une régression des troubles anxieux et une meilleure utilisation du bon potentiel intellectuel de l'assuré. Dès avril 2006 et jusqu'au 31 décembre 2010, la prise en charge des coûts se rapportant à deux séances hebdomadaires de psychothérapie a été assumée par l'OAI (cf. décision des 11 mai 2007 et 16 décembre 2008). Ces décisions ont toujours été rendues sur la base des constatations du Dr A_____, desquelles il ressortait que le plan de traitement envisagé était la poursuite de la psychothérapie pour au minimum deux à trois ans à raison de deux séances par semaine, le pronostic étant favorable. Plus récemment, le médecin traitant de l'assuré a rendu un nouveau rapport dans lequel il indiquait que le pronostic était excellent et qu'une nette continuation de progression était constatée, de sorte que la psychothérapie devait se poursuivre, non plus à raison de deux séances hebdomadaires mais d'une seule, pendant une durée probable de deux ans. L'assuré n'aurait ainsi pas besoin d'un traitement permanent, seule une durée probable d'encore deux ans était envisagée. L'intimé n'a jamais contesté l'évolution positive de la santé de l'assuré grâce à la psychothérapie et le pronostic favorable formulé à son endroit. En revanche, il conteste le caractère limité dans le temps du traitement en procédant à une analyse rétrospective et en s'appuyant sur le fait que la durée probable de la mesure médicale a été évaluée à deux années supplémentaires. Le caractère probable de cette durée supplémentaire de deux ans, ce après 9 ans de traitement, parlerait en faveur d'un traitement permanent.

A/1224/2011 - 11/12 - En l'occurrence, il apparaît que, dès le départ, une durée déterminée ne pouvait être fixée pour la psychothérapie. En effet, celle-ci dépendait manifestement de l'évolution du cas. Ainsi, le Dr A_____ n'a pas pu fixer de terme dans son rapport du 29 avril 2007, mais a indiqué que la mesure devait s'étendre sur deux à trois ans au minimum. Le 9 décembre 2008, ce même médecin a déclaré qu'il fallait poursuivre la psychothérapie pendant encore deux ans au minimum. Deux ans plus tard, le Dr A_____ n'est toujours pas en mesure de limiter la psychothérapie à une durée déterminée, de sorte qu'il apparaît d'ores et déjà que la mesure devra être prolongée en fonction de l'évolution des troubles de l'assuré. En définitive, s'il apparaît au degré de la vraisemblance prépondérante que la mesure médicale ne sera pas permanente, il n'en demeure pas moins que la condition de la durée déterminée n'est pas remplie, un terme fixe n'ayant pu être établi par le médecin traitant. Partant, les conditions pour une prolongation de la psychothérapie au sens de l'art 12 LAI et du chiffre 645. 5 CMRM ne sont pas remplies. C'est donc à raison que l'intimé a refusé la prolongation de la prise en charge de la psychothérapie. Ainsi et sans remettre en cause le bénéfice incontestable pour l'adolescent de la psychothérapie, la Cour constate que cette mesure médicale ne relève pas de l'assurance-invalidité mais de l'assurance-maladie, le cas échéant.

Dans la mesure où le recours est rejeté, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1224/2011 - 12/12 - 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.