

# **GE\_GERICHTE ATAS/926/2011 vom 4. Oktober 2011**

GE Cour de justice, 2011-10-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_926\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_926_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/926/2011 du 4 octobre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/926/2011 del 4 ottobre 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

### **E. 3**

Les recours, interjetés dans les forme et délai prévus par la loi, sont recevables (art. 56 à 60 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à la prise en charge de son traitement psychothérapeutique.

### **E. 5**

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. A cet égard, il y a lieu de souligner que l'art. 12 al. 1er LAI a subi une modification lors de la 5ème révision de l'assurance-invalidité, entrée en force le 1er janvier 2008. Auparavant, l'assuré avait droit aux mesures médicales n'ayant pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, et de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable sans restriction d'âge. Aux termes de l'art. 2 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psycho-thérapeutiques 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.

A/1585/2011 - 9/15 - b) 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. 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. 1er LAI (ATF 120 V 279, consid. 3a). La Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) publiée par l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES prévoit au chiffre 54 que l'AI peut exceptionnellement prendre en charge des mesures médicales de réadaptation selon l'art. 12 LAI, alors même qu'il n'existe pas encore d'état stabilisé ou relativement stabilisé, lorsqu'on peut s'attendre avec une certitude suffisante à ce que les mesures préconisées permettent d'éviter la menace ultérieure de graves séquelles stabilisées difficilement corrigibles susceptibles d'influencer d'une manière importante la capacité de gain ou la formation professionnelle (art. 8 al. 2 LPGA; art. 5 al. 2 LAI). Cependant, il doit exister une atteinte à la santé. La prophylaxie des maladies proprement dite ainsi que les mesures qui se bornent à repousser le moment de l'installation d'un état stabilisé sont toutefois exclues. c) L'effet positif obtenu grâce à un traitement médical ne peut être qualifié d'important, au sens de l'art. 12 al. 1er LAI, que s'il atteint un degré absolu de réussite suffisamment élevé dans un laps de temps déterminé (ATF 98 V 205, consid. 4b). D'une façon générale, on doit pouvoir attendre des mesures médicales qu'elles rencontrent un minimum de succès sur le plan de l'activité lucrative pendant une durée minimale. Il n'est pas possible de dire de manière générale dans quelle mesure le succès probable de la réadaptation peut encore être qualifié d'important, car il faut en décider d'après les particularités du cas d'espèce. Cependant, les mesures qui n'aboutissent qu'à une faible amélioration de la capacité de gain ne sont pas prises en charge par l'assurance-invalidité. Il faut poser comme condition qu'une capacité de gain encore importante soit préservée d'une diminution notable, car dans le cadre de l'art. 12 LAI, la loi ne prévoit pas de mesures destinées à conserver un résidu incertain de capacité de gain. La question

A/1585/2011 - 10/15 - du caractère important du succès de la réadaptation doit, en outre, être résolue en fonction, d'une part, de la gravité de l'infirmité et, d'autre part, du genre de l'activité lucrative exercée par l'assuré ou entrant en ligne de compte pour lui dans le cadre

d'une réadaptation optimale. Dès lors, il n'y a pas lieu de prendre en considération les circonstances personnelles qui n'ont pas de rapport avec l'activité lucrative exercée par l'assuré (ATF 115 V 191, consid. 5a). S'agissant de la durée des mesures médicales, le chiffre 63 CMRM précise que dans le cas des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative, les mesures qui tendent à empêcher ou à retarder un état pathologique ou tout autre état stabilisé peuvent assurément s'étendre sur un certain laps de temps; elles ne sauraient par contre revêtir un caractère durable, c'est-à-dire qu'elles ne sauraient être requises indéfiniment. Il faut encore que le pronostic favorable soit établi avec une vraisemblance suffisante.

## **E. 6**

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). Dès lors, pour ces assurés, les mesures médicales servent avant tout à la réadaptation professionnelle et incombent à l'assurance-invalidité en dépit du caractère non stabilisé de l'atteinte, si un état défectueux stable ou un état stabilisé pouvant entraver la formation professionnelle ou la capacité de gain devait survenir dans un avenir prévisible à défaut de telles mesures, et pour autant que les autres conditions soient remplies (ATF 100 V 32, consid. 1a; ATF 98 V 214, consid. 2). 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 19).

## **E. 7**

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 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. 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 RAI, 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 dispose que sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate.

A/1585/2011 - 11/15 - Le chiffre 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 le chiffre 404.5 de la CMRM, 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 chiffre 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 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 CMRM (ATF 122 V 113, consid. 1b). A teneur du chiffre 14 CMRM, les assurés ont droit aux mesures médicales au sens des art. 3 LPGA et 13 LAI dès que l'infirmité congénitale nécessite un traitement (dont font partie les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale établie en toute certitude) et que le traitement offre des chances de succès. Le traitement médical doit être accordé aussi longtemps qu'il est indiqué et que le rapport entre les chances de succès et le coût du traitement reste acceptable. Le respect de cette exigence doit être contrôlé à intervalles raisonnables. Lorsque cela se justifie en raison de l'infirmité ou de la mesure thérapeutique, la durée des prestations doit être limitée.

#### **E. 8**

Conformément à l'art. 14 al. 1er LAI, les mesures médicales de réadaptation prises en charge par l'assurance-invalidité en vertu des art. 12 ou 13 LAI comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (let. a) ; les mesures médicales comprennent également les médicaments ordonnés par le médecin (let. b). Lorsque le traitement a lieu dans un établissement hospitalier ou de cure, l'assuré a droit en outre à la nourriture et au logement en division commune. S'il se rend dans une autre division, bien que les mesures puissent être appliquées en division commune, il a droit au remboursement des frais jusqu'à concurrence des dépenses qui incomberaient à l'assurance en cas de traitement en division commune (al. 2). Pour décider si le traitement aura lieu à domicile ou dans un établissement, l'assurance tiendra équitablement compte des propositions du médecin traitant et des conditions personnelles de l'assuré (al. 3).

#### **E. 9**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales

A/1585/2011 - 12/15 - (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 convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). On ajoutera, s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, qu'une expertise sur pièces n'apporterait pas d'élément décisif (ATFA non publié I 455/06 du 22 janvier 2007, consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont

admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54, consid. 2f).

#### **E. 10**

La jurisprudence 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 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 132 V 368, consid. 3.1). En effet, le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui lèsent sa situation juridique (ATF 112 Ia 1, consid. 3c). Cette faculté subsiste, en règle générale, quand bien même le juge administratif peut examiner d'office les questions de fait et de droit, sans être lié par les moyens invoqués. Une partie n'a certes en principe pas le droit de se prononcer sur l'appréciation juridique des faits ni, plus généralement, sur l'argumentation juridique à retenir (ATF 115 Ia 94, consid. 1b). Le Tribunal fédéral a précisé que le droit d'être entendu doit notamment être reconnu et respecté lorsque le juge envisage de fonder sa décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévaluée et ne pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 9C\_394/2008 du 12 février 2009 consid. 2.2).

A/1585/2011 - 13/15 -

#### **E. 11**

Il convient en premier lieu de se pencher sur l'octroi de mesures médicales en cas d'infirmité congénitale, conformément à l'art. 13 LAI. La Cour de céans retient que la demande de prise en charge repose sur les indications de la Dresse A\_\_\_\_\_, qui a clairement établi dans son rapport du 5 février 2007 que les critères permettant selon la CMRM de reconnaître une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC sont réunis. Ce médecin a en effet attesté de troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, des troubles des pulsions, des troubles de la perception, de la concentration et de la faculté d'attention malgré une intelligence normale dans le questionnaire à cet effet. Interpellée par le SMR, elle a confirmé son diagnostic le 22 juin 2007. Comme le souligne à juste titre les recourants, cette classification n'a plus été remise en question par le SMR, qui n'a d'ailleurs pas procédé à un examen de la fillette par un spécialiste en psychiatrie ou en pédopsychiatrie, alors qu'un entretien personnel est en principe indispensable pour poser un diagnostic psychiatrique, comme cela ressort de la jurisprudence précitée. Le Dr B\_\_\_\_\_ ne dispose au demeurant pas d'une spécialisation en psychiatrie. Partant, il n'existe aucun élément permettant de s'écarter du diagnostic de la Dresse A\_\_\_\_\_. De plus, les troubles de l'assurée ont été diagnostiqués avant sa neuvième année. De plus, le traitement qu'elle suit est reconnu par la science médicale et correspond aux exigences de simplicité et d'adéquation posées par les dispositions réglementaires, et tant la Dresse A\_\_\_\_\_ que la psychologue assurant le suivi de l'enfant ont attesté du succès de cette mesure. La psychothérapie prescrite

médicalement fait en outre partie du catalogue de mesures visées par l'art. 14 LAI. Compte tenu de ce qui précède, les conditions à la prise en charge du traitement en vertu de l'art. 13 LAI sont réunies en l'espèce, et les recours doivent être admis pour ce motif déjà. A cet égard, la Cour de céans relève que l'intimé n'a pas indiqué sur quelle base légale (art. 12 ou art. 13 LAI) se fondait la prise en charge de la psychothérapie. Son mémoire de réponse se réfère cependant aux conditions d'octroi de mesures médicales prévues à l'art. 12 LAI, de même que les considérations retenues par le Dr C\_\_\_\_\_ dans son avis du 14 avril 2011, de sorte qu'il faut comprendre que c'est sur la base de cette disposition qu'il a dans un premier temps octroyé des mesures médicales. Si l'intimé ne s'est certes pas déterminé sur l'application de l'art. 13 LAI dans son mémoire de réponse, les recourants ont expressément conclu à l'octroi de mesures médicales fondées sur l'art. 13 LAI et ont développé une argumentation à ce propos dans leur écriture. L'intimé devait dès lors s'attendre à ce que l'application dans le cas d'espèce de cette disposition légale soit examinée par la Cour de céans et a eu l'occasion de se s'exprimer sur l'écriture des recourants, de sorte que l'admission des recours pour ce motif ne viole pas leur droit d'être entendu, conformément à la jurisprudence exposée.

A/1585/2011 - 14/15 -

#### **E. 12**

Par surabondance, il y a lieu de relever que le droit aux mesures médicales est également ouvert en vertu de l'art. 12 LAI. En effet, l'intimé fonde son refus avant tout sur le caractère non stabilisé de l'état de santé de l'assurée. Or, comme cela ressort des arrêts précités, cet élément n'est pas pertinent dans le cas d'assurés mineurs. De plus, contrairement à ce qu'allègue l'intimé, le traitement n'est pas d'une durée indéterminée. Si la fourchette de deux à cinq ans articulée par la Dresse A\_\_\_\_\_ est assez floue, elle permet néanmoins d'entrevoir la fin du traitement à moyen terme. Les autres conditions de prise en charge du traitement sont réunies, puisque celui-ci a pour but d'éviter à l'assurée une importante régression au plan scolaire, qui aurait une incidence sur ses possibilités de formation professionnelle et sa capacité de gain. Enfin, le pronostic des mesures médicales est favorable, à teneur des rapports des spécialistes suivant l'assurée.

#### **E. 13**

Eu égard à ce qui précède, les recours sont admis. Les recourants, représentés par une avocate, ont droit à des dépens fixés à 1'500 fr. que leur versera l'intimé. Tel n'est pas le cas de la recourante, qui est une assurance sociale et n'est au demeurant pas représentée (ATF 126 V 143, consid. 4b). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supportera également un émolument de 1'000 fr.

A/1585/2011 - 15/15 - 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.