

# **GE\_GERICHTE ATAS/976/2012 vom 21. August 2012**

GE Cour de justice, 2012-08-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_976\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_976_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/976/2012 du 21 août 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/976/2012 del 21 agosto 2012

## **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**

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assuré à la prise en charge de la poursuite 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

A/634/2012 - 13/19 - 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 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. 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’assurance-invalidité 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

A/634/2012 - 14/19 - 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. 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). 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 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

A/634/2012 - 15/19 - 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. 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 (ATFA non publié 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 (ATFA I 532/04 du

## **E. 8**

Il sied en premier lieu de relever qu'en l'espèce, l'OAI, dans sa décision initiale du 5 octobre 2004, n'a pas indiqué sur quelle base légale se fondait la prise en charge de la psychothérapie. Partant, il convient d'examiner le droit de l'assuré à la prise en charge de la poursuite de son traitement tant sous l'angle de l'art. 12 LAI qu'au regard de l'art. 13 LAI. a) S'agissant du droit à la psychothérapie à titre de mesure nécessaire à l'intégration scolaire et professionnelle, force est de constater que les conditions prévues par la jurisprudence ne sont en l'espèce pas réunies pour en admettre la prise en charge. En effet, l'assuré bénéficiait au moment du projet de décision d'un traitement depuis janvier 2004, soit depuis plus de sept ans. Ni la Dresse BENEDET, ni Madame DEL FRESNO n'ont donné d'indication permettant d'envisager une fin proche du traitement et elles n'établissent du reste aucun pronostic. Dans ces conditions, on ne peut présager de résultat certain de la psychothérapie en un laps de temps déterminé. Certes, le traitement poursuivi par l'assuré a très probablement une incidence positive sur sa scolarisation et son intégration dans la vie professionnelle. Cependant, selon la jurisprudence, le succès de la réadaptation ne constitue pas un critère décisif dans le cadre de l'art. 12 LAI dès lors que pratiquement toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des

A/634/2012 - 17/19 - effets bénéfiques sur la vie active (ATF non publié 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010, consid. 2.1). En revanche, à la lecture des rapports de la Dresse BENEDET et de la psychologue, il apparaît que l'état de l'assuré n'a que peu évolué durant les dernières années du traitement. Le rapport établi en 2007 par Madame DEL FRESNO

révèle une fragilité de l'assuré générant des angoisses et des sentiments dépressifs lors des changements dans son environnement, constatation que reprend la pédopsychiatre dans son rapport du 1er juin 2007. Si l'on se réfère au rapport ultérieurement établi en décembre 2008 par la Dresse BENEDET, il en ressort que l'assuré reste vulnérable et sa thymie labile, et qu'il a connu en 2007 et 2008 des épisodes dépressifs et anxieux. Le rapport du 1er juillet 2011 de ce médecin fait à nouveau état d'une résurgence des angoisses en période de crise et face au changement. Quant au rapport de mars 2011 de Madame DEL FRESNO, il mentionne des sentiments dépressifs et indique par ailleurs une certaine régression de l'assuré. Compte tenu du caractère récurrent des troubles anxieux et dépressifs malgré le traitement de longue durée, on ne saurait admettre que celui-ci a un succès important au sens de la loi. Par surabondance, le traitement vise avant tout l'affection en tant que telle puisque la prise en charge psychothérapeutique vise à donner à l'assuré les moyens de surmonter les troubles qu'entraînent les modifications de son environnement. A cet égard, on notera d'ailleurs que la Dresse MARET avait indiqué dans son rapport de 2004 que la psychothérapie avait pour but le traitement de l'affection en tant que telle. Eu égard à ces éléments, on ne saurait reconnaître le droit à la prise en charge de la poursuite de la psychothérapie en se fondant sur l'art. 12 LAI. b) S'agissant de l'existence d'une infirmité congénitale, elle a été diagnostiquée tant par la Dresse MARET que par la Dresse BENEDET. Ces médecins se sont toutes deux référées au chiffre 404 de l'annexe à l'OIC. Cela étant, les rapports médicaux sont relativement succincts et ne correspondent pas aux exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ils ne comprennent en effet pas de constatations cliniques détaillées permettant d'étayer les diagnostics et les conclusions des médecins de l'assuré. Quant aux avis des médecins du SMR, ils ne permettent pas d'exclure une infirmité congénitale. Dans son appréciation du 15 septembre 2011, le Dr CAUDERAY s'est en effet contenté de déclarer que le trouble envahissant du comportement établi par la Dresse BENEDET correspondait au chiffre 401 de l'annexe à l'OIC, chiffre en réalité remplacé par les chiffres 405 et 406 au 1er janvier 2010 (cf. Codes pour la statistique des infirmités et des prestations publiés par l'OFAS dans leur état au 1er janvier 2012, p. 7). Ces chiffres visent les troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année (chiffre 405) et les psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année (chiffre 406). Outre le fait que les diagnostics de la Dresse BENEDET ont été posés bien après la

A/634/2012 - 18/19 - cinquième année de l'assuré, l'avis du Dr CAUDERAY ne contient aucune précision quant au diagnostic ni explication sur l'atteinte retenue. Cet avis est dès lors à l'évidence insuffisamment motivé. Quant à l'avis du Dr JEANNERET, il analyse l'existence d'une infirmité congénitale au sens des chiffres 405 et 406 uniquement, alors que les Dresses MARET et BENEDET se sont référées au chiffre 404. Les conclusions du Dr JEANNERET ne sont dès lors pas suffisantes pour écarter une infirmité congénitale en l'espèce. Ainsi, les éléments à disposition de la Cour de céans ne permettent pas de statuer sur l'existence d'une infirmité congénitale et sur le droit à la prise en charge du traitement nécessaire à une telle atteinte. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'OAI afin que ce dernier procède aux mesures d'instruction nécessaires, au besoin en procédant à une expertise.

## **E. 9**

Conformément à ce qui précède, le recours sera partiellement admis. L'assuré, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient en l'espèce de fixer à 1'250 fr. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supportera également un émolument de 500 fr.

A/634/2012 - 19/19 - 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.