

GE_GERICHTE A/1715/2014 vom 16. Juni 2015

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1715_2014

FR: GE_GERICHTE A/1715/2014 du 16 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/1715/2014 del 16 giugno 2015

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, représenté par sa mère Mme C_____, domicilié à VANDOEUVRES, représenté par CAP Protection juridique SA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 2006 à Genève, fils de B_____ et de C_____, alors domiciliés à Chêne-Bougeries (GE). 2. Comme il présentait une infirmité congénitale diagnostiquée en période anténatale, à savoir un truncus arteriosus de type I (OIC n° 313), la mère de l'assuré a sollicité, le 17 mars 2006, des prestations de l'assurance-invalidité pour l'assuré, à savoir des mesures médicales. 3. Selon un rapport médical du 5 mai 2006 du docteur D_____, médecin adjoint à l'unité de cardiologie pédiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), l'assuré a présenté des signes de défaillance cardiaque ayant amené à une chirurgie correctrice le 24 avril 2006. 4. Par décision du 10 mai 2006, l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a rendu une décision de prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale OIC n° 313 de l'assuré, pour la période du 3 mars 2006 au 31 mars 2011, à l'exception des mesures de prévention de l'inflammation de la tunique interne du cœur (endocardite), ne se rapportant pas directement au traitement de l'infirmité congénitale précitée (truncus arteriosus de type I). Cette décision n'a pas été contestée. 5. L'assuré a présenté dans les mois suivants des problèmes pulmonaires. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a émis l'avis, le 12 juin 2007, que la physiothérapie et l'oxygène nécessités par lesdits problèmes pouvaient être pris en charge au titre de mesures médicales pour le traitement de l'infirmité congénitale OIC n° 313, mais qu'une infection pulmonaire que ferait l'assuré ne serait pas à la charge de l'AI dès lors qu'il serait dû à un autre facteur déclenchant et qu'ainsi le lien de causalité serait rompu entre le problème respiratoire et ladite infirmité congénitale OIC n° 313. 6. Par décision du 14 juin 2007, l'OAI a octroyé la prise en charge de la physiothérapie et des appareils médicalement prescrits nécessaires au traitement des problèmes pulmonaires de l'assuré, en complément à sa décision précitée du 10 mai 2006 de prise en charge du traitement de l'infirmité congénitale OIC n° 313 ; l'échéance du droit aux prestations étant maintenue au 31 mars 2011. Cette décision n'a pas été contestée. 7. Par une communication du 7 décembre 2007 s'appuyant sur un avis du SMR du 27 novembre 2007, l'OAI a précisé que les consultations spécialisées en pneumologie, l'oxygénothérapie, la bronchoscopie et les autres examens spécialisés pouvaient être pris en charge sous le couvert de la décision précitée du 10 mai 2006. 8. Le 5 novembre 2009, la mère de l'assuré a demandé à l'OAI de prendre en charge un traitement de psychothérapie pour l'assuré, expliquant que celui-ci avait subi une très grosse intervention cardiaque à l'hôpital des

enfants le 21 juillet 2009, qui s'était suivie de trois arrêts cardiaques ayant nécessité sa mise en « circulation extracorporelle » pendant six jours, qu'à son réveil de ce coma artificiel, il avait montré des troubles dépressifs sévères, et qu'il présentait depuis lors un comportement perturbé et instable. Un soutien psychologique était recommandé par les diverses équipes pédiatriques des HUG. Le psychologue spécialiste en psychothérapie FSP E_____ avait accepté de traiter l'assuré par une psychothérapie. 9. Selon un rapport intermédiaire du 18 janvier 2010 établi par l'unité de cardiologie pédiatrique des HUG, le traitement de psychothérapie considéré était en relation avec l'infirmité congénitale OIC n° 313. 10. Répondant le 11 février 2010 à un questionnaire en cas de psychothérapie que l'OAI lui avait adressé, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en pédiatrie, médecin-traitant de l'assuré, a indiqué que l'objectif principal de cette psychothérapie n'était pas le traitement de l'affection comme telle, mais une amélioration de l'estime de soi et « angoisses ». Le pronostic était bon, et la psychothérapie, ayant débuté en novembre 2009, intervenait pour une durée prévisible indéterminée. Elle était dispensée par le Dr E_____. 11. Le 5 mars 2010, le professeur F_____ de l'unité de cardiologie pédiatrique des HUG a indiqué que l'assuré, qui avait subi une intervention chirurgicale extrêmement importante au niveau de son cœur avec de nombreuses complications, avait dû, dans la phase post-opératoire, subir une ablation des dents pour éviter toute complication supplémentaire, eu égard à l'état catastrophique de sa dentition susceptible de créer un terrain prédisposant à une infection de type endocardite bactérienne, exprimant l'avis que, dans ces conditions extrêmement particulières, cette extraction dentaire faisait partie de l'infirmité congénitale OIC n° 313. 12. Le docteur G_____ du SMR a émis l'avis, le 6 mai 2010, qu'il n'était pas possible de prendre en charge ces soins dentaires sous le couvert de l'infirmité congénitale OIC n° 313, dès lors que si la persistance de caries dentaires importantes peut certes être à l'origine de complications infectieuses chez un enfant cardiaque, ce n'était pas pour autant la maladie cardiaque qui était à l'origine d'un état dentaire délabré. Par un projet de décision du 18 mai 2010, l'OAI a repris cet avis du SMR, selon lequel la maladie cardiaque en tant que telle n'était pas un facteur déclenchant de l'atteinte dentaire, et il a rappelé qu'à teneur de sa décision du 10 mai 2008 (recte 2006) une prophylaxie de l'endocardite n'était pas à la charge de l'OAI. Aussi son projet de décision tendait-il au rejet de la demande de prise en charge des frais dentaires considérés. Ce projet de décision n'a pas fait l'objet d'une contestation. Par une décision du 29 juin 2010, l'OAI a refusé, au titre de mesures médicales, la prise en charge des frais dentaires considérés. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours. 13. Dans un rapport du 22 octobre 2010, le docteur Dante I_____ et la doctoresse H_____, respectivement psychiatre-psychothérapeute FMH pour enfants et adolescents et médecin interne aux HUG, ont indiqué que l'assuré présentait une activité excessive, mal coordonnée et souvent désorganisée, une inattention marquée et un manque de persévérance dans les tâches, le faisant passer rapidement d'une activité à une autre, et qu'il se montrait souvent impulsif et imprudent, et présentait des problèmes de discipline du fait d'un manque de respect des règles résultant plus de son impulsivité que d'une opposition délibérée. Ces relations avec les adultes étaient caractérisées par une désinhibition, et il présentait des difficultés à être en relation avec ses pairs. Ces différentes difficultés étaient présentes à la crèche comme en famille. Son état s'améliorait, et des mesures médicales étaient susceptibles d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur, étant rappelé que l'assuré bénéficiait d'une psychothérapie depuis novembre 2009, à la fréquence d'une fois par semaine, avec le

psychologue-psychothérapeute E_____, et il était en bonne progression grâce à ce soutien thérapeutique. Il résulte de l'anamnèse contenue dans ce rapport médical notamment que l'assuré avait subi une correction chirurgicale complète du tronc artériel à l'âge de sept semaines de vie, s'étant compliquée par un trouble du rythme cardiaque, et qu'il avait par la suite dû être hospitalisé à de multiples reprises en raison d'épisodes de décompensation respiratoire mis sur le compte de bronchiolites et de broncho-maladies. Le 20 juin 2009, il avait été victime d'un accident de la voie publique ayant provoqué un traumatisme crânio-cérébral, et, également en juin 2009, il avait présenté un trouble du rythme cardiaque de type flutter auriculaire dans le contexte d'un état infectieux d'origine pulmonaire, nécessitant une prise en charge aux soins intensifs avec cardioversion médicamenteuse et une antibiothérapie. En juillet 2009, il avait présenté une syncope convulsivante sur bloc atrio-ventriculaire, s'étant compliquée par un arrêt respiratoire ayant nécessité une réanimation ayant duré quarante-cinq minutes et, par la suite, la pose d'un pacemaker endo-cavitaire. Le dernier contrôle, remontant au 5 août 2010, montrait une évolution très favorable sur le plan somatique. Il avait progressivement comblé son retard de croissance. Concernant sa socialisation, l'assuré avait été intégré dans un jardin d'enfants à la rentrée 2009. Ses parents le décrivaient comme très demandeur d'attention, sollicitant beaucoup l'adulte, à la maison comme à la crèche, mais comme étant peu en relation avec les autres enfants, ayant tendance à s'isoler de ceux-ci. Il avait beaucoup de difficultés à tenir compte des consignes de l'adulte, et présentait une importante intolérance à la frustration, ainsi que des difficultés de concentration et une importante maladresse motrice. Les médecins précités ont en outre relevé que l'assuré, à l'âge de 2 ans et demi, avait rattrapé son retard de développement psychomoteur, et qu'il bénéficiait d'une psychothérapie une fois par semaine depuis novembre 2009, ce qui était insuffisant, recommandant ainsi un passage à deux séances de psychothérapie par semaine pour une durée indéterminée, le pronostic apparaissant favorable sous un traitement intensif et permettant d'espérer une adaptation satisfaisante à un cursus scolaire normal dans l'avenir.

14. Les Drs I_____ et H_____ ont par ailleurs rempli, également le 22 octobre 2010, un « questionnaire en cas d'OIC 404 », attestant que l'assuré présentait des 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 (difficultés à respecter les consignes), des troubles de la concentration, des troubles de la faculté d'attention, une intelligence normale, un abandonisme de la petite enfance (des angoisses de séparation dans le contexte de nombreuses hospitalisations dans la petite enfance), symptômes présents simultanément. La psychothérapie en cours depuis novembre 2009 devait aider l'assuré à mieux gérer son impulsivité, ses émotions ainsi que ses pulsions agressives, et le soutenir dans la constitution de son estime de lui-même.

15. Dans un avis du 14 décembre 2010, le Dr G_____ du SMR a indiqué, à propos d'une demande sous chiffre OIC n° 404, que l'assuré avait présenté plusieurs épisodes graves, ayant potentiellement lésé son cerveau avec d'éventuelles séquelles neuropsychologiques, et que sa malformation cardiaque pouvait s'inscrire dans le cadre de certaines anomalies (en particulier du chromosome 22Q11) dans lesquelles on peut retrouver les mêmes symptômes que ceux présentés par l'assuré. La symptomatologie psychologique décrite n'était pas obligatoirement de nature congénitale, mais pouvait, avec une vraisemblance prépondérante, être la conséquence d'évènements graves, comme l'accident de la voie publique et des arrêts cardio-respiratoires. En conclusion, il existait un faisceau d'éléments tendant à parler pour des anomalies acquises, si bien que la nature congénitale de l'affection

ne pouvait être démontrée avec une vraisemblance prépondérante. Il n'était donc pas possible d'ouvrir un droit à des mesures médicales sous le couvert de l'OIC n° 404.

16. Dans un projet de décision du 4 janvier 2011, l'OAI a prévu le rejet de la demande de mesures médicales pour l'infirmité congénitale OIC n° 404 ainsi que pour les contrôles médicaux et le traitement médicamenteux y relatifs, annonçant qu'une communication séparée serait faite pour le traitement de psychothérapie.

17. Le même 4 janvier 2011, l'OAI a demandé au SMR de lui faire part de son avis concernant le traitement de psychothérapie en cours depuis novembre 2009.

18. Le 9 février 2010 (recte 2011), Swica organisation de santé, intervenant comme assureur-maladie de A_____, a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité du 4 janvier 2011. Alors que le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des HUG estimait qu'il y avait infirmité congénitale OIC n° 404, le médecin du SMR évoquait plusieurs épisodes graves ayant potentiellement lésé le cerveau de l'assuré tout en relevant qu'une malformation cardiaque pouvait s'inscrire dans le cadre d'une anomalie notamment du chromosome 22Q11. Il incombait dans ces conditions à l'OAI de requérir des renseignements complémentaires sur une éventuelle anomalie du chromosome 22Q11 ainsi qu'une évaluation du quotient intellectuel de l'assuré. Il se réservait de compléter ses objections une fois en possession de l'avis de son médecin-conseil.

L'OAI a demandé le 14 février 2011 à Swica organisation de santé de lui adresser une copie des renseignements médicaux supplémentaires qu'il obtiendrait de son médecin-conseil. Le 4 mars 2011, Swica assurance maladie SA a informé l'OAI qu'il retirait ses objections à l'endroit du projet de décision du 4 janvier 2011.

19. Le 11 avril 2011, l'OAI a refusé la demande de mesures médicales pour l'infirmité congénitale OIC n° 404 ainsi que pour les contrôles médicaux et le traitement médicamenteux y relatifs, pour le motif qu'un faisceau d'éléments tendait à parler pour des anomalies acquises, si bien que la nature congénitale de l'affection considérée n'était pas démontrée avec une vraisemblance prépondérante. Il a annoncé une communication séparée pour le traitement de psychothérapie. Cette décision n'a pas été contestée.

20. Le 27 avril 2011, la mère de l'assuré a renouvelé sa demande de prise en charge, au titre des mesures médicales, de l'infirmité congénitale OIC n° 313 dès l'échéance du 31 mars 2011 retenue par la décision du 10 mai 2006. L'assuré était toujours suivi aux HUG par le prof. F_____ pour ses problèmes cardiaques.

21. Dans un rapport du 6 juin 2011 d'évolution de traitement psychothérapeutique, le psychologue-psychothérapeute E_____ a indiqué le diagnostic de déficit de l'attention (F90.0 [314.00] DSM-4), de problèmes relationnels (Z63.9 [V62.81] DSM-4), de difficultés éducatives avec altération des fonctions mentales d'adaptation au contexte scolaire, d'apprentissage ainsi que relationnel avec les pairs notamment, et de difficultés d'intégration scolaire précoce. L'assuré était suivi en psychothérapie depuis novembre 2009 à raison d'une séance hebdomadaire (un manque de place de traitement n'ayant pas permis de passer au rythme de deux séances hebdomadaires préconisées par la Dresse H_____). Il présentait de grandes difficultés d'adaptation relationnelles et d'apprentissage, dans le cadre tant familial que scolaire. Ses capacités cognitives étaient parasitées par ses troubles de concentration et une certaine impulsivité. Un vécu médical particulièrement intrusif avait eu des répercussions importantes sur la construction et la représentation d'un schéma corporel vécu comme particulièrement fragile.

Les symptômes présentés par l'assuré se répercutaient dans de nombreux domaines : il se trouvait très en difficulté au niveau de son intégration scolaire malgré de nombreux aménagements et des discussions avec ses enseignants et la direction de son établissement

scolaire, et ce tant au niveau des acquisitions cognitives que des relations avec ses pairs, des difficultés éducatives du même type étant apparentes au niveau familial (le couple ayant par ailleurs récemment divorcé). L'assuré était en phase de progression, mais il restait un long travail à faire. La psychothérapie en cours portait ses fruits, sous forme d'une psychothérapie individuelle à raison d'une séance hebdomadaire et d'entretiens parentaux conjoints trimestriels. L'objectif du traitement était d'aider l'assuré à pouvoir se concentrer et maîtriser ses angoisses, établir des contacts relationnels équilibrés avec ses pairs et ainsi aborder les notions pédagogiques auxquelles il devait faire face à l'école, ainsi que, au niveau personnel, de lui permettre de dépasser les traumatismes psychologiques liés aux évènements médicaux successifs qu'il avait subis. Le temps estimé pour atteindre l'objectif était de deux ans, sous réserve d'évaluation en cours de traitement. 22. Le 15 juin 2011, l'OAI a soumis ce rapport d'évolution de traitement psychothérapeutique au SMR. 23. Le 21 juin 2011, le prof. F_____ du département de l'enfant et de l'adolescent des HUG a indiqué que l'infirmité congénitale OIC n° 313 (truncus arteriosus de type D) nécessitait un suivi régulier post-chirurgie, mais que l'état de santé de l'assuré n'empêchait pas ce dernier de suivre sa formation scolaire. 24. Par un courriel du 17 juin 2011, la mère de l'assuré a informé l'OAI qu'au vu de ses mauvais « résultats » scolaires, l'entrée de l'assuré en deuxième enfantine avait été refusée. Le médecin-conseil de l'OAI devait, précisait-elle, en prendre connaissance avant de rendre sa décision sur les besoins de l'assuré de poursuivre une psychothérapie notamment afin de l'aider à s'intégrer au mieux dans un programme scolaire cantonal. L'OAI a transmis cette information au SMR. 25. Par une communication du 29 juin 2011, l'OAI a indiqué qu'il prenait en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale OIC n° 313 du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2026, échéance au-delà de laquelle un traitement tomberait dans le domaine de l'assurance maladie. Les mesures de prévention de l'inflammation de la tunique interne du cœur (endocardite) n'étaient en revanche pas à la charge de l'OAI, car elles ne se rapportaient pas directement au traitement de l'infirmité congénitale. 26. Le 5 août 2011, le Dr G_____ du SMR a émis l'avis qu'au vu des objectifs poursuivis par la psychothérapie considérée, celle-ci ne pouvait être prise en charge à titre de mesure médicale nécessaire au traitement d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après : LAI), mais qu'elle pouvait l'être en revanche à titre de mesure médicale fondée sur l'art. 12 de cette loi fédérale, pour une durée de deux ans. 27. Par une communication du 10 août 2011, l'OAI a accepté la prise en charge des coûts de la psychothérapie ambulatoire médicalement prescrite et dispensée par le psychologue-psychothérapeute E_____ à raison d'une à deux séances par semaine pour la période du 1^{er} novembre 2009 au 30 octobre 2013 (sans préciser si la mesure était accordée en application de l'art. 12 ou 13 LAI). La mère de l'assuré a accusé réception de cette communication par un pli du 29 juillet (recte août) 2011, sans manifester de désaccord ni demander à l'OAI la prise d'une décision sujette à recours, et a transmis à l'OAI les factures relatives à ladite psychothérapie jusqu'au 24 juin 2011, totalisant CHF 6'736,15. 28. Le 24 février 2012, la mère de l'assuré a demandé à l'OAI de prendre en charge un traitement de neuro-pédo-psychiatrie et d'ergothérapie ainsi que les médicaments et transports pour ce traitement, suivi depuis novembre 2011 par l'assuré auprès de la doctoresse J_____. 29. Le 27 février 2012, la Dresse J_____ a adressé l'assuré au professeur K_____, pédopsychiatre à l'office médico-pédagogique. 30. Par une communication du 29 février 2012, l'OAI a accepté la prise en charge des frais de transport

de l'assuré jusqu'au 30 octobre 2013, pour se rendre à ses séances de psychothérapie et d'ergothérapie. 31. Dans un rapport médical du 13 mars 2012, la Dresse J_____ a fait état des diagnostics de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention dès juin 2010 (F90.0), de malformation cardiaque, tronc artériel commun anténatal (Q20.0), d'arythmie cardiaque sans précision de 2006 à 2009 (I49.9), d'une commotion cérébrale en juin 2008, d'une hémorragie sous-arachnoïdienne et de lésions axonales diffuses de juin 2008 (F06.6) et d'un trouble d'acquisition de la coordination et suspicion de dyspraxies depuis 2011 (F82). L'état de santé de l'assuré avait une influence sur sa fréquentation de l'école ; il présentait des difficultés comportementales d'attention et relationnelles, n'avait pas investi les apprentissages et avait dû répéter la première année enfantine ; sa situation ne s'étant pas améliorée, il était en cours d'évaluation pour être intégré dans une classe ou en école spécialisée. Il y avait une infirmité congénitale OIC n° 404. L'état de santé de l'assuré s'était amélioré légèrement, et des mesures médicales étaient probablement susceptibles d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur. L'assuré avait besoin que se poursuive la psychothérapie qu'il suivait depuis novembre 2009 chez le psychologue-psychothérapeute E_____, à raison de deux fois par semaine, et une ergothérapie était préconisée en raison d'une maladresse motrice, d'une activité désorganisée et peu coordonnée, et de difficultés praxiques et graphomotrices affectant ses apprentissages et l'autonomie, à raison d'une fois par semaine. 32. Le 23 mars 2012, l'OAI a demandé au SMR de se déterminer sur les conditions d'octroi d'une mesure médicale nécessaire au traitement de l'infirmité congénitale OIC n° 404 et, dans la négative, sur le point de savoir si le traitement de psychothérapie en cours pourrait être pris en charge au regard de l'art. 12 LAI, le cas échéant depuis quelle date. Le 8 mai 2012, le Dr G_____ du SMR a émis l'avis qu'au vu du rapport médical précité de la Dresse J_____ du 13 mars 2012, les difficultés de comportement relationnel de l'assuré n'étaient pas uniquement en lien avec un problème psychiatrique, mais également avec des atteintes neurologiques. Les troubles de l'apprentissage et les troubles du comportement de l'assuré étaient d'origine multifactorielle, et les conditions d'une prise en charge comme infirmité congénitale OIC n° 404 n'étaient pas remplies. 33. L'OAI a demandé au SMR, le 29 mai 2012, de compléter son avis s'agissant de la demande de prise en charge de l'ergothérapie sous le couvert de l'infirmité congénitale OIC n° 313 ou au regard de l'art. 12 LAI. Le 16 juillet 2012, le Dr G_____ du SMR a émis l'avis qu'il en allait de l'infirmité congénitale OIC n° 313 comme de celle de l'OIC n° 404, à savoir que le problème étant multifactoriel, il ne pouvait être attribué primitivement au problème cardiaque, si bien que l'ergothérapie ne pouvait pas être prise en charge comme mesure médicale nécessaire au traitement d'une infirmité congénitale, mais pas non plus au regard de l'art. 12 LAI dès lors qu'il s'agissait du traitement de l'affection comme telle. 34. Par un projet de décision du 25 juillet 2012, l'OAI a informé les parents de l'assuré qu'il entendait refuser la prise en charge du traitement d'ergothérapie à titre de mesure médicale, reprenant les motifs indiqués par le SMR. Les parents de l'assuré n'ont pas contesté ce projet de décision. Le 25 septembre 2012, l'OAI a refusé la prise en charge du traitement d'ergothérapie à titre de mesure médicale. Il n'a pas été formé de recours contre cette décision. 35. Par un courrier du 18 février 2013, la docteure L_____, médecin directeur médico-psychologique, et Madame M_____, psychologue, référente thérapeutique, auprès du service médico-pédagogique du département de l'instruction publique, de la culture et du sport, ont indiqué à l'OAI que la psychothérapie individuelle de

l'assuré auprès du psychologue-psychothérapeute E_____ avait dû être interrompue en juillet 2012, et qu'après avoir examiné l'assuré, il leur paraissait évident que ce travail de psychothérapie devait absolument reprendre. L'assuré rencontrait d'importantes difficultés tant dans le contexte scolaire qu'à la maison, malgré une amélioration de son comportement marquée par l'introduction d'une médication en décembre 2011 par la neuro-pédiatre J_____. L'assuré frappait par son aspect régressé et son hyperactivité physique. Son fonctionnement cognitif paraissait cliniquement préservé et son langage était bon pour son âge. Un bilan cognitif effectué en mai 2012 confirmait le bon fonctionnement intellectuel de l'assuré et mettait en évidence d'importantes difficultés d'attention et de concentration. L'anxiété de l'assuré était prédominante dans les entretiens. L'assuré se montrait trop familier avec l'adulte et contrôlant dans la relation, présentait une activité motrice excessive, une difficulté à se poser dans une activité, il papillonnait et se montrait impulsif. Sa pensée était marquée par des accélérations et son discours devenait confus lorsqu'il était envahi par de fortes émotions. Dans le jeu, il peinait à inventer une histoire et les pulsions agressives prédominaient. L'assuré était dans une position toute puissante lui permettant de lutter contre les affects dépressifs et une très mauvaise estime de lui-même. Ses angoisses prédominantes étaient des angoisses de mort, de perte, d'abandon, de dévoration, et il s'en défendait avec des mécanismes tels que projections, déni et clivage. L'assuré était souvent débordé par son agressivité, qu'il percevait comme extrêmement dangereuse. ![/endif]>![if> Pour toutes ces raisons, l'office médico-pédagogique envisageait la reprise du suivi psychothérapeutique individuel de l'assuré auprès de la psychologue-psychothérapeute N_____, à la fréquence minimale de deux séances hebdomadaires, pour deux années supplémentaires, afin d'aider l'assuré à soulager ses angoisses et améliorer son comportement ainsi que ses relations aux autres. 36. Le 3 avril 2013, la psychanalyste-psychothérapeute N_____ a confirmé avoir repris la psychothérapie de l'assuré depuis le 4 mars 2013 à raison de deux séances hebdomadaires, et a demandé aux parents de l'assuré de lui envoyer une copie de la décision de l'OAI concernant la prise en charge de cette psychothérapie. ![/endif]>![if> 37. Le 7 mai 2013, le Dr G_____ du SMR a émis l'avis que l'assuré était affecté d'une maladie psychiatrique grave, mais que le diagnostic n'en avait pas été posé clairement. Il s'agissait en outre d'une nouvelle demande, dès lors que les mesures médicales acceptées avaient été interrompues pendant plus de six mois, si bien qu'il fallait réinstruire la situation en demandant un diagnostic exact et une description précise des symptômes. ![/endif]>![if> 38. Par une communication du 8 mai 2013, l'OAI a informé les parents de l'assuré qu'il prenait en charge les coûts des prestations fournies par Mme N_____ à raison de deux séances par semaine du 4 mars 2013 jusqu'au 30 octobre 2013. ![/endif]>![if> 39. Le 12 juin 2013, l'OAI a demandé à la Dresse L_____ de l'office médico-pédagogique de lui indiquer le diagnostic exact et de décrire précisément les symptômes de l'assuré. ![/endif]>![if> 40. Par un rapport médical intermédiaire du 26 août 2013, la Dresse L_____ et la psychologue M_____ ont mentionné les diagnostics, au titre des syndromes cliniques psychiatriques, de troubles mixtes des conduites et des émotions (F92) et de perturbations de l'activité et de l'attention (F90.0), au titre des affections somatiques, d'arythmies cardiaques (149.9), 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, la pose d'un pacemaker péricardiaque en juillet 2009, et l'OIC n° 403. Ils ont repris quasiment littéralement la teneur de leur courrier du 18 février 2013. ![/endif]>![if> A noter que l'OIC n° 403 concerne l'oligophrénie congénitale. 41. Le 9

octobre 2013, le Dr G_____ du SMR a émis l'avis que le diagnostic retenu était celui de trouble mixte des conduites et des émotions et relevé que l'objectif de la psychothérapie était de soulager les angoisses et d'améliorer le comportement de l'assuré dans la relation à l'autre. Il s'agissait de traiter les symptômes de l'affection en tant que telle, si bien qu'il n'y avait pas matière à l'octroi de mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI. 42. Par un projet de décision du 30 octobre 2013, l'OAI a communiqué aux parents de l'assuré un projet de décision refusant la prise en charge de la prolongation de la psychothérapie de l'assuré, pour les motifs retenus par le SMR. 43. Le 5 décembre 2013, la mère de l'assuré, désormais assistée d'un avocat, a présenté ses observations à l'encontre de ce projet de décision. Elle a contesté que l'OAI ait pu, le 11 avril 2011, refuser la prise en charge de mesures médicales nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale OIC n° 404, sur la base d'un avis du SMR dépourvu de valeur probante. Elle s'est aussi insurgée que le médecin du SMR et l'OAI lui-même n'aient pas même abordé l'infirmité congénitale OIC n° 403 relevée par les Drs I_____ et H_____ dans le rapport médical intermédiaire du 26 août 2013. L'OAI n'avait donc pas procédé aux mesures d'instruction adéquates en rapport avec le droit de l'assuré aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales, et elle a réclamé qu'une expertise soit confiée à un médecin externe à l'OAI en vue de définir si les troubles présentés par l'assuré étaient d'origine congénitale ou acquise. En tout état, les atteintes à la santé décrites par l'office médico-pédagogique de Genève étaient des conséquences de l'infirmité congénitale OIC n° 313 reconnue par l'OAI dans sa décision du 29 juin 2011. 44. Elle a par ailleurs fait valoir que la prise en charge du traitement de psychothérapie de l'assuré restait possible à titre de mesure fondée sur l'art. 12 LAI, ajoutant qu'à teneur d'une nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 134 V 1 consid. 6.2.2), en cas de psychothérapie à caractère mixte, il y a lieu non plus d'examiner si le caractère de réadaptation l'emporte sur des éléments lui étant étrangers, mais de déterminer le ou les assureurs susceptibles d'entrer en considération en fonction de la ou des causes de l'affection, puis de déterminer l'assureur compétent selon l'ordre de priorité fixé par l'art. 64 al. 2 LPGA lorsque les conditions d'assurance sont remplies par plusieurs d'entre eux, cet ordre de priorité faisant passer l'AI avant l'assurance-maladie pour la prise en charge de la psychothérapie considérée. 45. Le 9 décembre 2013, l'OAI a demandé au SMR de se déterminer sur les objections de la mère de l'assuré. 46. Le 19 décembre 2013, le Dr G_____ du SMR a demandé à l'office médico-pédagogique de produire une copie du rapport neuropsychologique réalisé à l'office médico-pédagogique en mai 2012 par Madame O_____, psychologue. 47. Le 19 mars 2014, l'office médico-pédagogique a envoyé à l'OAI le rapport d'examen psychologique de l'assuré, que la psychologue O_____ avait établi lors d'un bilan qu'elle avait effectué entre le 21 mars et le 18 avril 2012. Les premiers tests que ladite psychologue avait fait passer à l'assuré étaient des tests de compétence portant sur les indices de compréhension verbale, de raisonnement perceptif, de mémoire de travail, de vitesse de traitement et de quotient intellectuel total. Lors de ces tests, l'assuré, ayant pris de la Ritaline, avait pu rester concentré pendant une heure et demie d'évaluation. Le profil cognitif de l'assuré se situait à un niveau moyen ; il avait obtenu un très bon score dans les exercices demandant des compétences verbales ; les tâches évaluant ses capacités de raisonnement perceptif et de mémoire de travail se situaient à un niveau moyen ; seul l'indice de la vitesse de traitement était légèrement inférieur à la moyenne à cause d'un score faible pour l'une des deux tâches composant cet indice. Lors d'une deuxième rencontre, consacrée à un bilan d'attention, l'assuré n'avait pas pris de la Ritaline,

et il s'était montré plus agité que lors de la première rencontre, et n'avait pas pu maintenir son attention tout au long de la passation du test. Les résultats de ce test d'attention correspondaient à un profil clinique. En conclusion, la psychologue O_____ relevait que l'évaluation cognitive mettait en évidence que l'assuré avait de bonnes compétences le situant autour de la moyenne par rapport aux enfants de son âge, qu'il n'avait pas, sur le plan cognitif, de difficultés importantes pouvant motiver une scolarité spéciale. En revanche, il avait des difficultés d'attention importantes, et il était nécessaire, pour son parcours scolaire, qu'il puisse continuer à bénéficier de la médication alors suivie. Des difficultés de motricité fine étaient également mises en évidence, demandant une prise en charge ayant été mise en place. Ladite psychologue exprimait l'avis qu'il était important que l'assuré puisse poursuivre la psychothérapie pour l'aider sur le plan émotionnel. 47. En possession de ce rapport d'examen psychologique, le Dr G_____ du SMR a émis l'avis, le 24 avril 2014, qu'avec un quotient intellectuel normal mesuré à 102, il était évident que l'assuré ne présentait pas d'oligophrénie, et il concluait, en confirmation de son avis du 9 octobre 2013, qu'il n'était pas possible d'ouvrir un droit à des mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI. 48. Par une décision du 13 mai 2014, l'OAI a refusé la prise en charge d'une prolongation de la psychothérapie de l'assuré. Il a retenu, selon l'avis de son médecin-conseil, que l'objectif de la psychothérapie était de soulager les angoisses de l'assuré et d'améliorer son comportement dans la relation à l'autre, et que si ces éléments avaient une composante sur les capacités de formation et d'éducation, la cible primitive de la psychothérapie considérée était de traiter les symptômes de l'affection en tant que telle. 49. Le 13 juin 2014, l'assuré, représenté par sa mère, assistée d'un avocat, a recouru contre cette décision de l'OAI. Il a repris les arguments qu'il avait développés dans ses observations du 4 décembre 2012. Il a contesté en particulier le refus de la prise en charge du traitement psychothérapeutique considéré en tant qu'il était motivé par une absence d'infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI, en particulier d'une oligophrénie congénitale OIC n° 403 et/ou d'une infirmité congénitale OIC n° 404, et il a soulevé le grief d'une instruction insuffisante sur la question des infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI. Il a conclu préalablement à l'audition des Drs I_____ et J_____, respectivement pédiatre et neuro-pédiatre, et à la mise sur pied d'une expertise visant à déterminer l'origine des troubles dont souffre l'assuré. Sur le fond, il a conclu à l'annulation de la décision de l'OAI du 13 mai 2014 et à la reconnaissance que l'assuré a droit à la prise en charge de son traitement psychothérapeutique. 50. Dans sa réponse au recours du 14 juillet 2014, l'OAI a relevé qu'il avait, par une décision du 11 avril 2011, rejeté la prise en charge de mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale en tant que l'infirmité congénitale OIC n° 404 était visée, mais qu'il avait accepté, par une décision du 10 août 2011, de prendre en charge le traitement de psychothérapie considérée, à titre de mesure médicale au sens de l'art. 12 LAI, pour la période du 1^{er} novembre 2009 au 20 octobre 2013. Il a indiqué avoir procédé à une nouvelle instruction une fois saisi de la demande de prise en charge du traitement de psychothérapie, après que celui-ci avait été interrompu en juillet 2012 pour plus de six mois. La psychothérapie considérée visait à traiter l'affection en tant que telle, si bien que les conditions d'octroi de mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI n'étaient pas remplies. Les troubles présentés par l'assuré n'étaient par ailleurs pas des infirmités congénitales. L'assuré ne présentait pas d'oligophrénie congénitale (OIC n° 403), et en tout état la psychothérapie n'était pas considérée comme une thérapie simple et adéquate en cas d'oligophrénie congénitale. L'OAI a conclu au rejet du recours. 51. Le 18

août 2014, l'assuré a indiqué n'avoir pas de remarques particulières à formuler à la suite des observations de l'OAI, mais maintenir sa demande visant à auditionner les Drs I _____ et J _____.
EN DROIT 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). 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. 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.
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). 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, 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, 2^{ème} 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, 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). 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). 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 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).

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 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. 74 ter et 74 quater 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 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2026), et en précisant que cette prise en charge incluait celle de la 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 1^{er} 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 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. 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).

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 émargeant 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 convaincu 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 (puisqu, dans l'intervalle, il avait été interrompu) de la psychothérapie en question. 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 [149.9], 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 de manœuvre devant toutefois être laissée à l'intimé à ce sujet) – et pour nouvelle décision. 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 LPG; 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.-. * * * * 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.