

GE_GERICHTE A/3358/2015 vom 28. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3358_2015

FR: GE_GERICHTE A/3358/2015 du 28 avril 2016

IT: GE_GERICHTE A/3358/2015 del 28 aprile 2016

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Enfant mineure A_____, soit pour elle sa mère, Madame B_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par l'Association suisse des assurés (ASSUAS) recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Le 4 avril 2005, Madame B_____ a sollicité de l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après : OAI) l'octroi de prestations pour mineurs pour sa fille A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 2000, souffrant d'hyperactivité et de troubles du comportement depuis sa naissance.![endif]>![if> 2. Par décision du 30 mai 2006, l'OAI a accepté de prendre en charge les frais de traitement de l'infirmité congénitale n°404, y compris le traitement médicamenteux, du 4 avril 2005 au 28 février 2010. Puis, le 30 juin 2006, l'OAI a rendu une nouvelle décision et admis la prise en charge de trois séances de psychothérapie par semaine, du 12 mai 2006 au 30 mai 2008. ![endif]>![if> Ces décisions ont été rendues à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : - un rapport du 8 avril 2005, de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, indiquant que le diagnostic de troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence 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 9 ème année (infirmité n°404), avait été posé le 23 février 2005, que cette infirmité congénitale n'empêchait pas l'assurée de fréquenter l'école, mais justifiait un traitement médical pour une durée indéterminée, que la mère de l'assurée était également hyperactive et bénéficiait d'une thérapie psychiatrique, que sa grossesse avait été difficile et l'accouchement à risque, que l'enfant était agressive, difficile à cadrer et à socialiser, souvent fâchée, très désordonnée, qu'elle ne se concentrait pas plus de 5 à 7 minutes et frappait ses camarades, que l'examen cognitif ne montrait pas de retard et qu'une thérapie pédopsychiatrique prendrait plusieurs années, tout comme le traitement médicamenteux (Ritaline et antidépresseurs) ; ![endif]>![if> - un questionnaire pour infirmité congénitale n°404 rempli en date du 10 mai 2006 par le SMP, faisant notamment état de troubles du comportement (colères fréquentes, bagarres, agressions physiques de camarades de classe, conflits fréquents en famille, difficulté à tolérer la frustration, changements subits et imprévisibles d'humeur), de troubles des pulsions (mauvaise intégration des pulsions agressives, fréquents passages à l'acte violent, impulsivité, excitation), de troubles de la perception (mauvaise intégration perceptive, en lien avec l'excitation et la désorganisation menant à une mauvaise gestion de la motricité avec une maladresse et un manque d'harmonie motrice, dispersion de la pensée) et de troubles de la concentration (difficultés à maintenir un focus d'attention, facilité à se laisser distraire) et de l'attention (courte capacité d'attention en lien avec l'excitabilité, la dispersion, la distraction et l'humeur) ; il était précisé que l'assurée était dotée d'une intelligence normale et ne souffrait ni d'un abandonisme de la petite enfance ni d'une

maladie grave du cerveau ; !endif]>![if> - un questionnaire en cas de psychothérapie rempli par le SMP le 16 mai 2006, mentionnant le diagnostic de trouble hyperkinétique et de trouble des conduites (F90.1) et expliquant que la psychothérapie avait pour objectif principal le traitement de l'affection comme telle, à savoir l'atténuation des symptômes d'agitation, de dispersion et des troubles du comportement, en travaillant sur la conflictualité sous-jacente (angoisses de séparation, d'abandon, de sentiment de toute puissance avec le pendant de la dévalorisation,...) participant à cette symptomatologie ; la durée du traitement était indéterminée et le pronostic qualifié de bon ;!endif]>![if> - un rapport rédigé le 17 mai 2006 par la doctoresse D_____, médecin auprès du service médico-pédagogique (ci-après : SMP), concluant à un syndrome psycho-organique, diagnostic dont elle précisait qu'il avait été posé le 23 avril 2004 ; elle expliquait que l'enfant avait été évaluée une première fois par le SMP entre avril et juin 2004, alors qu'elle était âgée de 4 ans, suite à des problèmes de comportement (intolérance à la frustration, agressivité et comportement tyrannique) ; l'enfant était encore difficile, agitée, opposante et supportait difficilement la frustration ; à l'école, elle était décrite comme dominatrice et contrôlante dans ses relations avec ses pairs ou les adultes ; elle faisait des crises quand les enseignants lui posaient des limites, allant jusqu'à se rouler par terre ; son agressivité, qu'elle n'arrivait pas à maîtriser, posait problème ; elle entrait facilement en relation, mais avec une tendance à contrôler la relation, avait une image d'elle-même à la fois dévalorisée et toute-puissante, était vive d'esprit, paraissait normalement intelligente, bien orientée dans le temps et l'espace et avec les acquisitions normales pour un enfant de son âge ; son langage était bon, mais elle était dispersée dans son jeu et son discours, avec une capacité de concentration très brève sur une activité ; bien que capable d'une certaine harmonie, elle contrôlait mal ses gestes sur le plan de la motricité globale ; tristesse et angoisses alternaient avec excitation et euphorie ; étaient également relevées des pulsions agressives ; les notions d'interdits étaient présentes, mais pas clairement intégrées dans la personnalité ; le traitement préconisé consistait en des séances de psychothérapie à raison de deux fois par semaine, dès que possible, associées à un soutien médicamenteux en cas de besoin ; !endif]>![if> - un courrier du 23 juin 2006, de la Dresse D_____, précisant que le traitement psychothérapeutique devrait s'effectuer trois fois par semaine (et non seulement deux fois comme initialement proposé), en raison de l'importance de l'excitation et de l'impulsivité de l'enfant. !endif]>![if> 3. Le 4 septembre 2008, l'OAI a accepté la demande formulée par la doctoresse E_____, médecin auprès du SMP, de prendre en charge les coûts de deux séances par semaine, du 1 er juin 2008 au 30 mai 2010. !endif]>![if> A l'appui de sa demande, le médecin avait produit le rapport rédigé le 25 août 2008 par Madame F_____, psychologue. Celle-ci y indiquait que l'évolution des deux premières années de psychothérapie se manifestait aux niveaux des relations et du fonctionnement psychique de l'assurée. Cette dernière investissait bien les apprentissages scolaires et s'était bien intégrée dans le foyer où elle vivait depuis une année. Elle montrait une grande appétence pour des relations avec ses pairs et les adultes. Les week-ends dans sa famille donnaient encore fréquemment lieu à des crises de violences verbales et physiques. L'évolution au niveau du fonctionnement psychique continuait de se manifester surtout dans sa capacité de symbolisation. Par contre, la grande fragilité narcissique de l'enfant, accompagnée d'un sentiment intense de culpabilité et de fantasmes importants d'abandon, avait pour conséquence qu'elle réagissait souvent et surtout face aux frustrations ou aux échecs par un repli ou un acte excessif. De ce fait, les acquisitions scolaires et relationnelles constatées demeuraient encore très fragiles et le risque d'attaques ou d'auto-attaques

persistait. Compte tenu des progrès observés jusqu'alors, de la situation familiale très difficile et des parents dépassés pour répondre aux difficultés psychiques de leur enfant, il semblait important que cette dernière puisse continuer la psychothérapie à raison de deux à trois séances par semaine. 4. En date du 2 septembre 2010, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts de la psychothérapie ambulatoire en rapport avec l'infirmité congénitale ch. 404, à raison d'une séance par semaine du 1^{er} juin 2010 au 31 mai 2012. [endif]>![if> Cette décision faisait suite au rapport rendu le 26 août 2010 par le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, lequel avait repris le suivi psychothérapeutique de l'assurée en octobre 2009. Interrogé sur l'évolution de la situation, ce médecin avait fait état de progrès significatifs dans les cadres autres que familial : l'assurée pouvait entretenir des relations plus stables avec ses pairs et se comporter de façon adéquate à l'école. Néanmoins, il existait encore une fragilité significative dans la gestion des émotions négatives et des frustrations. Les problèmes relationnels et l'intolérance à la frustration de l'assurée perduraient, principalement avec ses parents. Il était question de difficultés quant à l'intégration perceptive de l'intéressée, qui, si elle avait certes acquis des compétences d'introspection, devait encore les développer. Le plan de traitement proposé, dont la durée était indéterminée et à réévaluer lors de l'entrée au cycle d'orientation, consistait en une séance individuelle par semaine et une séance tous les deux mois avec les parents pour une psycho-éducation. Le but de la poursuite du traitement était de permettre à l'assurée de verbaliser et de réfléchir à ce qui l'entravait et l'inconfortait encore de façon importante dans sa vie quotidienne et ses relations avec autrui, afin de trouver des solutions et une façon plus adéquate et plus fonctionnelle de se positionner parmi les autres. Ce soutien devait l'aider à mieux se canaliser, à prendre un certain recul par rapport à ses frustrations, à se concentrer, à s'investir dans les apprentissages, ce qu'elle parvenait d'ailleurs à faire de mieux en mieux, avec des effets positifs sur ses résultats scolaires. Il convenait également de réfléchir avec les parents aux moyens de mieux contenir leur fille dans les moments de débordement. 5. Le 5 août 2011, l'OAI a prolongé sa prise en charge des frais de traitement de l'infirmité congénitale ch. 404, y compris les contrôles médicaux, les consultations psychothérapeutiques et le traitement médicamenteux si nécessaire, du 1^{er} mars 2010 au 28 février 2020, en rappelant que le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'éteignait sans exception à la fin du mois au cours duquel l'assuré accomplissait sa vingtième année. [endif]>![if> 6. Le 11 avril 2013, l'OAI a prolongé la prise en charge de la psychothérapie à raison d'une séance par semaine, du 1^{er} juin 2012 au 31 mai 2014. [endif]>![if> Cette décision faisait suite à la production d'un rapport rédigé le 24 mars 2013 par le Dr G_____. Celui-ci avait rappelé les progrès significatifs réalisés par sa patiente à partir de la rentrée scolaire 2010 (apaisement se reflétant dans le comportement, dans les relations avec ses pairs et sur le plan scolaire), tout en précisant qu'il subsistait des difficultés sur le plan familial, toutefois moins intenses que par le passé. Au printemps 2011, le père de l'assurée avait été hospitalisé et des conflits majeurs étaient alors apparus entre l'assurée et sa mère, qui s'étaient amplifiés jusqu'à l'automne 2012, raison pour laquelle le nombre de séances avait été augmenté à deux par semaine durant cette période. Au printemps 2012, l'assurée avait été placée environ un mois dans un foyer, puis était partie à l'étranger durant l'été et avait intégré un foyer en automne 2012. Depuis le printemps 2011, les troubles du comportement avaient augmenté, avec une intolérance à la frustration croissante, probablement en raison du stress important causé par la maladie du père de l'intéressée et de la scolarité, devenue plus exigeante depuis la rentrée 2012. L'assurée n'avait pas été en mesure de fournir les

efforts nécessaires pour poursuivre son cursus au meilleur niveau. En avaient résulté des sentiments de mésestime et de frustration importants, avec une attitude de déni face à des lacunes croissantes. Désormais, l'assurée affichait une certaine arrogance dans le cadre scolaire. Il était probable que ce qu'elle avait auparavant extériorisé dans le cadre familial - où elle ne vivait plus - fût désormais exprimé dans d'autres lieux, comme l'école. Dans le foyer où elle vivait, il n'y avait pas de problème significatif. Elle accomplissait les gestes de la vie quotidienne de façon autonome et son travail scolaire n'était pas encadré par les éducateurs. Un encadrement plus conséquent sur le plan scolaire était en train de se mettre en place. Les buts du traitement - une séance individuelle de psychothérapie par semaine, une séance tous les deux mois avec les parents ou un réseau - étaient très similaires à ceux décrits dans le rapport de 2010. La thérapie devait aussi soutenir l'assurée et sa famille afin qu'elle puisse s'apaiser dans une situation séparée de sa famille. 7. Le 8 janvier 2015, le Dr G_____ a sollicité la prolongation de la prise en charge des séances de psychothérapie. Il a expliqué que l'assurée avait vécu en foyer de l'automne 2012 à l'automne 2013 en raison de difficultés familiales importantes et de conflits continuels nécessitant l'intervention de tiers. Elle avait néanmoins pu gérer de façon très libre ses allées et venues entre le foyer et son domicile familial et avait su mettre à profit ce dispositif. Elle vivait ainsi une grande partie du temps dans sa famille et rejoignait le foyer en cas de tensions. Finalement, elle passait le plus clair de son temps à la maison et avait définitivement quitté le foyer durant l'été 2013. Rapidement, des conflits majeurs très indifférenciés étaient réapparus au sein de la famille, opposant l'assurée, sa mère et son frère. En janvier 2014, son père avait à nouveau été hospitalisé pour plusieurs mois en raison d'une grave maladie, ce qui avait encore compliqué la situation. Sur le plan scolaire, l'assurée avait pu passer au 3^{ème} trimestre de l'année 2013-2014 dans la section la plus haute du cycle, mais avait été rétrogradée à la rentrée 2014. L'encadrement n'avait pu être optimal durant cette période, en partie pour les raisons précédemment évoquées. L'assurée avait commencé sa nouvelle année scolaire 2014-2015 de façon très positive, tant sur le plan du comportement que des résultats. Au plan psychique, l'assurée était passée par des phases de grande impulsivité et de tristesse probablement liée au contexte familial instable. Désormais, elle était passablement livrée à elle-même dans la gestion du quotidien. Son frère, qui présentait également des troubles significatifs et dont elle avait dû s'occuper régulièrement, avait à nouveau quitté le domicile pour un pensionnat, ce qui, dans un sens, l'avait libérée d'une charge, mais dans un autre, la faisait se retrouver régulièrement seule à la maison. Elle ne s'en plaignait pas. L'assurée était nettement moins habitée par des affects agressifs et n'adoptait plus des attitudes de toute-puissance. Son discours était de plus en plus ancré dans la réalité et elle était de plus en plus capable de considérer les contraintes de la vie quotidienne, d'en parler et de chercher des stratégies pour arriver à ses fins. Elle commençait à évoquer son avenir professionnel, montrait une curiosité pour les métiers et mettait cela en lien avec sa scolarité. Il y avait une appropriation croissante de son projet de vie. De même, elle montrait une distance toujours plus saine dans la relation avec sa mère, ce qui lui permettait de mieux relativiser les événements difficiles ou conflictuels. Ces signes de différenciation laissaient présager une évolution toujours plus favorable, dans un contexte qui restait toutefois régulièrement mouvementé. Le Dr G_____ proposait la poursuite d'une séance individuelle par semaine et d'une séance occasionnelle avec la famille, situation à réévaluer dans deux ans. Il a relevé que l'assurée demandait à venir et gérait ses rendez-vous. L'assurée réfléchissait de plus en plus avant d'agir, avec pour effet visible une diminution de son impulsivité. Elle passait par des phases assez sombres, dont

elle était de plus en plus consciente, qu'elle arrivait désormais à traduire en mots plutôt qu'en comportements. Selon le médecin, la poursuite des séances paraissait encore tout à fait indiquée au vu de l'investissement de l'assurée, des bénéfices qu'elle en tirait et de l'incertitude régnant encore dans son environnement à l'heure de devoir choisir une voie professionnelle. 8. Le 22 mai 2015, le docteur H_____, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), a émis l'avis qu'il convenait de refuser la prolongation de la psychothérapie. Il a argué que le traitement ne pouvait être prolongé indéfiniment, que le succès de la psychothérapie n'apparaissait pas évident, que la prolongation était justifiée par des soucis et conflits familiaux dont la pathologie de l'assurée n'était qu'accessoirement responsable et qu'enfin, l'existence d'une infirmité n°404, telle qu'admise en 2005, ne le serait pas selon les critères actuels. 9. Par décision du 24 août 2015, l'OAI a refusé de prolonger la prise en charge des frais relatifs à l'infirmité congénitale reconnue, en se référant aux motifs invoqués par le médecin du SMR. 10. Par acte du 24 septembre 2015, l'assurée, représentée par sa mère, a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision entreprise et à la continuation de la prise en charge des frais de psychothérapie au-delà du 24 août 2015. La recourante argue que sa thérapie est un succès et permet de traiter les affections congénitales dont elle souffre, malgré un contexte familial défavorable (son père est décédé en juillet 2015). 11. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 23 octobre 2015, a conclu au rejet du recours. Il rappelle que la recourante a bénéficié d'une mesure médicale depuis 2006, que son médecin traitant a indiqué que l'année scolaire 2014-2015 se déroulait « de façon très positive tant sur le plan du comportement que des résultats » et que le contexte familial semblait délétère. Or, le contexte familial sort du champ médical, de sorte que la prolongation du traitement ne lui incombe pas. 12. Le 30 novembre 2015, la recourante a persisté dans les termes de son recours, faisant notamment grief à l'intimé de n'avancer aucun argument médical objectif et de se contenter d'une appréciation subjective et superficielle de la situation. Selon elle, il ressort du rapport de son médecin traitant que, malgré le contexte familial difficile, le traitement a permis une notable amélioration de son état de santé et que les effets de la thérapie laissent envisager une évolution toujours plus favorable. 13. En date du 8 décembre 2015, l'intimé a également persisté dans ses conclusions. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante le 10 décembre 2015. EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1

er janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; ATF 112 V 356 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 24 août 2015 refuse la prolongation des mesures médicales sollicitée en janvier 2015, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 4. Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). 5. Le litige porte sur le droit de la recourante à la continuation de la prise en charge de son traitement psychothérapeutique. 6. a. L'art. 13 LAI dispose que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établit une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il peut exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC - RS 831.232.21), adoptée conformément à l'art. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), précise que la simple prédisposition à une 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 stipule 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. Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC (dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} mars 2012) qualifie d'infirmité congénitale les « troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année; l'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous ch. 403 ». Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 29 février 2012, le chiffre 404 qualifiait 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); l'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous chiffre 40 ». b. Une méthode de traitement est considérée comme reconnue par la science médicale, si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens. L'élément décisif réside dans le succès obtenu grâce à une thérapie déterminée. Cette définition, qui est valable dans le domaine des soins médicaux de

l'assurance-maladie, s'applique aussi en principe aux mesures médicales de l'assurance-invalidité. Il s'ensuit qu'en principe, un traitement qui n'est pas à charge de l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie, faute de caractère scientifiquement reconnu, ne peut également pas être pris en charge sur la base de l'art. 13 LAI (ATF 114 V 22 consid. 1a ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], n° 1559). En outre, comme toute mesure de réadaptation, le traitement médical des infirmités congénitales est également soumis au principe de proportionnalité. Pour que la mesure puisse être mise à la charge de l'assurance-invalidité, elle doit ainsi être appropriée et nécessaire pour atteindre le but visé (Pratique VSI 1/2001 p. 71 consid. 4b et la référence). Les mesures nécessaires engagent également celles qui sont destinées à maintenir le patient en vie et qui sont propres à agir sur l'infirmité congénitale ou ses conséquences (ATF 102 V 45 consid. 1). La psychothérapie constitue en principe une méthode de traitement scientifiquement reconnue pour le traitement de personnes affichant un comportement irritable ou apathique ; dans le cadre d'une d'oligophrénie congénitale (ch. 403 OIC), une telle conclusion ne s'interdit pas d'elle-même : il est nécessaire d'examiner si de l'avis des médecins appelés à se prononcer sur le cas particulier, une psychothérapie constitue une mesure appropriée, nécessaire et proportionnée au regard du comportement évoqué (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 309/05 du 1^{er} décembre 2005 consid. 2.2.4 et la référence). Lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe à l'OIC est nécessaire, le droit prend naissance au début de l'application de cette mesure ; il s'étend à toutes les mesures médicales qui se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale (art. 2 al. 2 OIC). Le traitement médical est donc pris en charge aussi longtemps qu'il est indiqué et que le rapport entre les chances de succès et son coût reste raisonnable. Lorsque le traitement a permis de corriger l'infirmité congénitale admise antérieurement par l'AI au point qu'elle n'atteint plus le degré de gravité requis, le droit aux mesures médicales persiste aussi longtemps que le traitement reste indiqué et qu'on puisse attendre une amélioration (ATF 120 V 89 ; Michel VALTERIO, op. cit. n° 1567). c. Le syndrome psycho-organique ne se retrouve ni dans la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), ni dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par la Société américaine de psychiatrie, 4^{ème} édition (DSM-IV), lesquels ne prévoient pas de diagnostic qui correspondrait exactement aux critères selon le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC. Tant le syndrome psycho-organique que le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH ou TDA/H prévu par le DSM-IV) ou le trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites (F90.1) constituent des descriptions de syndromes qui reposent sur des concepts de maladie et des modèles de représentation différents, mais qui se recoupent toutefois s'agissant des symptômes cliniques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_300/2007 du 14 janvier 2008 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 572/03 du 15 mars 2004). Selon la jurisprudence, il est reconnu dans le monde médical que les symptômes du syndrome psycho-organique (SPO) et du TDAH provoquent ou s'accompagnent d'autres maladies psychiques telles que la dépression, les troubles anxieux ou de dépendance. Le SPO/TDAH constitue une maladie complexe comportant un large spectre de symptômes se manifestant par des problèmes émotionnels – faible estime de soi, manque d'assurance, irritabilité, manque de motivation, humeur labile – de l'agressivité ou des états dépressifs. Les symptômes du TDAH apparaissent du plus jeune âge jusqu'à l'âge adulte, avec des

particularités propres à l'âge et au sexe du sujet concerné. Chaque enfant souffrant d'un tel trouble présente des limitations qui peuvent varier dans leur forme et leur intensité d'un sujet à l'autre. Aux particularités de chacun correspondent ainsi des besoins thérapeutiques différents. Peuvent par exemple se manifester à l'adolescence : l'inattention, l'envie de rien, le refus de fournir des prestations, l'opposition agressive, la diminution importante de l'estime de soi, des peurs et des dépressions ; des contacts avec des groupes marginaux, une propension à la délinquance, à la consommation d'alcool et de stupéfiants (arrêt du Tribunal fédéral 9C_917/2011 du 28 mars 2012 consid. 3.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 29/06 du 9 août 2007 consid. 6.1). d. Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente (ATF 129 V 207 consid. 3.3 : arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 283/04 du 15 avril 2005 consid. 3.2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 355/01 du 12 octobre 2001 consid. 1). Pour cela, il doit exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien très étroit de causalité adéquate. Pour que le rapport de causalité entre deux faits soit adéquat, il faut non seulement que l'un apparaisse comme la cause nécessaire de l'autre, mais aussi que le premier fait soit propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat semblable. Si ce résultat est strictement démontré, il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse les conditions prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale ou qu'elle soit la conséquence directe de l'infirmité congénitale. Les conséquences indirectes de l'affection de base peuvent également être dans un rapport de causalité adéquate avec celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 283/04 du 15 avril 2005 consid. 3.2 et la référence citée). Quant à la fréquence des affections secondaires, elle ne constitue pas à elle seule un critère décisif pour l'admission d'un lien de causalité adéquate. Ce n'est que si ce lien de causalité qualifié entre l'atteinte secondaire à la santé et l'infirmité congénitale est donné et si le traitement se révèle en outre nécessaire que l'assurance-invalidité doit prendre en charge les mesures médicales dans le cadre de l'art. 13 LAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 355/01 du 12 octobre 2001 consid. 1; VSI 2001 p. 75 consid. 3a; ATF 100 V 41 et les références). Le Tribunal fédéral, amené à traiter le point de savoir s'il existait un rapport de causalité adéquate qualifié entre l'affection secondaire de l'assurée – troubles dépressifs et du comportement – et un TDAH (ch. 404 OIC), a considéré que ce lien était établi au degré de la vraisemblance prépondérante, même si les troubles dépressifs étaient apparus à la suite de facteurs psychosociaux – diagnostic de leucémie posé chez sa sœur et problèmes conjugaux des parents. En effet, les médecins avaient exposé de manière convaincante que le TDAH avait empêché l'assurée de trouver en elle-même les ressources nécessaires pour faire face aux facteurs psychosociaux évoqués, dont les conséquences cliniques nécessitaient un accompagnement thérapeutique intensif – séjour dans un établissement de soins. Aussi le Tribunal fédéral a-t-il admis l'obligation de prendre en charge une telle mesure médicale dans son principe, en application des art. 13 LAI et 3 al. 2 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_917/2011 du 28 mars 2012). e. Selon le chiffre 11 de la circulaire sur les mesures médicales, publiée par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : CMRM, valable depuis le 1^{er} janvier 2015), « le traitement d'atteintes à la santé qui constituent une conséquence de l'infirmité congénitale est à la charge de l'AI si les manifestations pathologiques secondaires sont en étroite connexion avec les symptômes de

l'infirmité congénitale et qu'aucun événement extérieur n'intervient de manière déterminante dans le processus. Dans ces cas-là, il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse les conditions particulières prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale. Il importe cependant de fixer des exigences sévères à la reconnaissance d'un lien de causalité qualifié entre une infirmité congénitale et une atteinte à la santé secondaire ». Le chiffre 14 CMRM mentionne que 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. Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale reconnaît qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Les prestations octroyées doivent être économiques. Il faut que la décision de l'office AI permette de connaître le genre, la durée (horizon temporel) et, autant que possible, le volume (intensité et/ou fréquence, nombre de séances de physiothérapie ou de psychothérapie) et le but de la prestation, sachant qu'une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée et doit autant que possible être coordonnée avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là. Un contrôle régulier de la réussite thérapeutique du traitement, associant les médecins traitants, doit être effectué régulièrement. f. Les directives administratives de l'OFAS ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci (ATF 133 V 587 consid. 6.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2013 du 8 juillet 2013 consid. 4.4). Elles s'adressent aux organes d'exécution de l'assurance-invalidité, auxquels il appartient de les mettre en œuvre en requérant, le cas échéant, des médecins concernés de compléter leur rapport en fonction des exigences auxquelles est soumise l'administration pour examiner la réalisation des critères déterminants. 7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3). S'agissant de la valeur probante des 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). On ajoutera qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des

doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 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). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). 9. En l'espèce, la chambre de céans rappelle au préalable que l'existence d'une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 OIC n'est pas remise en cause par l'intimé. Ce dernier considère cependant que la prise en charge de la psychothérapie ne lui incombe plus, aux motifs que ce traitement ne peut pas être prolongé indéfiniment, que son succès n'est pas « évident » et qu'il est rendu nécessaire par le contexte familial, dont la pathologie présentée par la recourante n'est qu'accessoirement responsable. La

recourante soutient quant à elle que la thérapie est un succès et permet de traiter son infirmité congénitale. 10. Il sied donc d'examiner si la psychothérapie constitue une mesure appropriée, nécessaire et proportionnée afin de soigner l'infirmité congénitale dont souffre la recourante, ou une atteinte secondaire en rapport de causalité adéquate qualifiée avec ladite infirmité. [endif]>[if> Le rapport du Dr G_____ du 8 janvier 2015 ne permet pas de répondre à ces questions. En effet, s'il ressort clairement de ce document que le psychiatre traitant estime que la poursuite du traitement est opportune, le médecin n'a en revanche pas motivé les raisons pour lesquelles ce traitement est encore nécessaire. En particulier, il ne se prononce pas sur l'état actuel des symptômes constitutifs de l'infirmité congénitale (notamment sur la présence de troubles de la perception, de la concentration et de l'attention), cas échéant sur leur degré de gravité. Il signale uniquement une grande impulsivité, sans préciser si elle nécessite la poursuite du traitement médical. Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut déterminer si la poursuite du traitement est indiquée et répond au principe de proportionnalité. S'agissant des affections secondaires (tristesse, humeurs négatives et troubles du comportement), le Dr G_____ indique qu'elles sont « le plus probablement » en lien avec le « contexte familial instable », étant précisé que la recourante a connu des difficultés familiales importantes durant l'automne 2012, avec de nouveaux conflits majeurs durant l'été 2013 et une « complication » de la situation familiale dès le début de l'année 2014. Le médecin n'explique pas si l'infirmité congénitale a empêché la recourante de trouver en elle-même les ressources nécessaires pour faire face à ces facteurs psychosociaux. Il n'est donc pas possible de se déterminer sur le lien de causalité adéquate entre ces affections et l'infirmité congénitale. La Cour de céans observe encore que le succès de la thérapie semble démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, compte tenu des nombreux progrès relatés par le Dr G_____ (recourante nettement moins habitée par des affects agressifs et n'adoptant plus des attitudes de toute-puissance, discours de plus en plus ancré dans la réalité, plus grande aptitude à considérer les contraintes de la vie quotidienne, à en parler et à chercher des stratégies pour arriver à ses fins, distance plus saine dans sa relation avec sa mère, meilleure capacité à relativiser les événements difficiles ou conflictuels). S'agissant de la durée du traitement, il est rappelé que la recourante a droit aux mesures médicales aussi longtemps que le traitement est indiqué et qu'on peut en attendre une amélioration. Ainsi, l'appréciation du Dr H_____ ne saurait être suivie. Eu égard à ce qui précède, l'intimé ne pouvait, sur la base des rapports médicaux produits, refuser la prolongation de la prise en charge des séances de psychothérapie en application de l'art. 13 LAI. 11. Reste à examiner s'il existe un droit à des mesures médicales selon l'art. 12 LAI.[endif]>[if> 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. b. L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 79 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1). La loi désigne sous le nom de « traitement de l'affection comme telle » les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il

existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation. Dans le cadre de l'art. 12 LAI, le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF 120 V 277 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1). Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle (art. 8 al. 2 LPGA). Lorsqu'il s'agit de mineurs, la jurisprudence a précisé que des mesures médicales pouvaient déjà être utiles de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et, malgré le caractère encore provisoirement labile de l'affection, pouvaient être prises en charge par l'AI si, sans ces mesures, la guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière, ce qui nuirait à la formation professionnelle, diminuerait la capacité de gain ou aurait ces deux effets en même temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.2 et les références). 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 43 consid. 3b avec les références). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 43 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3). b. En l'occurrence, la durée du suivi psychothérapeutique n'est pas déterminée et dépend de l'évolution, puisque le Dr G_____ a suggéré la réévaluation de la situation à deux ans de son rapport. Partant, l'une des conditions d'octroi des mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI n'est pas réalisée. Par surabondance, la chambre de céans relèvera que les pièces produites dans le cadre de la présente procédure n'attestent pas que la formation professionnelle ou la capacité de gain de la recourante serait menacée d'une quelconque façon par ses atteintes à la santé. La prise en charge du traitement médical a d'ailleurs toujours été sollicitée et accordée sur la base de l'art. 13 LAI. Or, en l'état du dossier, comme déjà mentionné plus haut, il n'est pas possible de se prononcer sur le droit de la recourante à la prolongation de la prise en charge du traitement psychothérapeutique au sens de l'art. 13 LAI. Il convient donc d'annuler la décision litigieuse, de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Une indemnité de CHF 1'500.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et

dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA- E 5 10.03]). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.