

GE_GERICHTE A/3608/2013 vom 21. Januar 2016

GE Cour de justice, 2016-01-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3608_2013

FR: GE_GERICHTE A/3608/2013 du 21 janvier 2016

IT: GE_GERICHTE A/3608/2013 del 21 gennaio 2016

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Enfant A _____ B _____, soit pour elle ses parents, Monsieur et Madame B _____, domiciliés à PUPLINGE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. A _____ C _____ (ayant pris le patronyme de B _____ à compter du 24 juin 2015 ; ci-après : l'enfant ou l'assurée), née le _____ 2001, a été placée en famille d'accueil en juillet 2002. 2. Le 3 décembre 2012, sa curatrice, Madame D _____, a déposé une demande de prestations pour mesures médicales auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en invoquant des troubles du comportement et un retard de croissance : l'assurée était suivie depuis 2005 par Madame E _____, psychologue et psychothérapeute FSP, pour un trouble du comportement et un mal-être et, depuis 2012, par les doctoresses F _____, spécialiste FMH en pédiatrie et neuropédiatrie, et G _____, spécialiste FMH en pédopsychiatrie, pour un trouble du déficit de l'attention. 3. Dans un rapport du 21 décembre 2012, la Dresse G _____ a fait état d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), diagnostic posé pour la première fois en mars 2012 et correspondant à l'infirmité congénitale 404. Le médecin expliquait que le comportement de l'assurée était parfois difficilement gérable en école ordinaire ; son état de santé était stationnaire ; des mesures médicales étaient susceptibles d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur ; l'assurée avait besoin d'une psychothérapie et d'un traitement médicamenteux. Dans le questionnaire annexe à son rapport, la Dresse G _____ mentionnait : un TDAH, un retard de croissance et une situation parentale anormale. Elle expliquait que l'objectif principal de la psychothérapie était le traitement de l'affection comme telle. L'assurée souffrait d'une autre affection grave, sous la forme d'un retard staturo-pondéral. Le pronostic était favorable et une future capacité de gain était un but réalisable. L'assurée avait été hospitalisée en mars 2010 pour un refus alimentaire et des crises clastiques. Elle était suivie en psychothérapie par Mme E _____ une fois par semaine. La durée prévisible du traitement était indéterminée. Dans un rapport annexe daté du 19 décembre 2012, le médecin expliquait encore que l'assurée lui avait été adressée en mars 2012 pour une évaluation dans le cadre de la consultation pluridisciplinaire de la clinique des Grangettes. L'assurée, qui vivait dans une famille d'accueil depuis l'âge de treize mois, était suivie par une psychologue en psychothérapie. Elle présentait depuis la petite enfance des problèmes de comportement importants. Elle acceptait mal les limites, était souvent sous l'emprise d'une forte impulsivité et pouvait avoir des réactions affectives disproportionnées. Un bilan neuropsychologique avait mis en évidence des difficultés au niveau cognitif, avec la présence d'un déficit d'attention. L'enfant était suivie par la Dresse F _____, qui avait instauré un traitement de Focalin 20 mg une fois par jour. La poursuite de la scolarité en secteur ordinaire privé était

compromise. 4. Le 26 avril 2013, les Dresses F_____ et G_____ ont répondu au questionnaire relatif à l'infirmité congénitale 404. Selon elles, l'assurée présentait des troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact (crises de colère, mensonges, vols, comportement agaçant son entourage et rendant nécessaires de fréquentes punitions), des troubles des pulsions (tendance à agir avant de réfléchir, avec un manque de modulation affective et intolérance à la frustration), des troubles de la perception (attention auditive focalisée déficitaire - TEA - CH), de la concentration, de la faculté d'attention (exploration visuo-spatiale faible) ; son intelligence était normale ; il n'y avait ni abandonnisme de la petite enfance, ni maladie grave du cerveau. Les symptômes étaient présents simultanément. Le diagnostic d'hyperactivité avait été posé en décembre 2010, par la docteure H_____, spécialiste FMH en pédiatrie, mais les symptômes étaient présents depuis l'âge de sept ans, ce qui avait motivé une psychothérapie. Un traitement spécifique avait été instauré pour la première fois en décembre 2010. A ce questionnaire était joint un rapport établi le 2 juillet 2012 par Madame E_____, psychologue diplômée FSP auprès de la consultation de neuropédiatrie de la clinique des Grangettes, suite à un bilan psychologique de l'assurée, pour un TDAH et une situation d'échec scolaire. Le TDAH avait été diagnostiqué par la Dresse H_____, qui avait mis en place un traitement. L'assurée bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique chez Mme E_____ deux fois par semaine. Un bilan effectué les 7, 14 et 21 mai 2012 avait mis en évidence des difficultés au niveau cognitif, avec la présence d'un déficit d'attention en modalité auditive, une faiblesse de la mémoire de travail, une fatigabilité à l'effort mental et des lacunes au niveau des apprentissages. 5. Le 12 août 2013, le docteur J_____, médecin auprès du service médical régional AI (ci-après : le SMR), a relevé que le diagnostic avait été posé et le traitement instauré alors que l'assurée avait déjà atteint l'âge de neuf ans révolus ; par ailleurs, la psychothérapie traitait l'affection en tant que telle, sa durée était illimitée et son bénéfice réel n'était pas démontré. 6. Par décision du 9 octobre 2013, l'OAI a refusé la prise en charge de l'infirmité congénitale et des consultations thérapeutiques, contrôles médicaux et traitements médicamenteux au motif que le diagnostic avait été posé après l'âge de neuf ans révolus, d'une part, que le traitement de psychothérapie avait pour but le traitement de l'affection en tant que telle, que sa durée était illimitée et que le bénéfice réel du traitement n'était pas démontré, d'autre part. 7. Par acte du 11 novembre 2013, l'assurée, soit pour elle sa mère biologique, Madame K_____, au bénéfice de l'assistance juridique, a interjeté recours contre cette décision. La mère de l'assurée a rappelé que sa fille, en raison de troubles du comportement, suivait une thérapie depuis l'âge de quatre ans et avait été hospitalisée à plusieurs reprises. Il convenait donc de considérer que le diagnostic correspondant à l'infirmité congénitale 404 et le traitement étaient intervenus avant l'âge de neuf ans révolus. Par ailleurs, la psychothérapie diminuait grandement les conséquences liées aux troubles du comportement et aidait l'enfant, tant sur le plan personnel que scolaire. Le bénéfice réel du traitement était donc démontré. Cette amélioration du comportement était de nature à permettre un meilleur investissement scolaire et à augmenter la capacité de gain future de l'enfant. Enfin, rien ne permettait d'affirmer que la mesure pédopsychiatrique serait de durée illimitée, car si le traitement médical permettait une amélioration durable et suffisante du comportement, il pourrait y être mis un terme. 8. Le 16 décembre 2013, la recourante a versé à la procédure un rapport de la Dresse G_____ du 9 décembre 2013 et un rapport non daté de Mme E_____ démontrant, selon elle, que les conditions d'une prise en charge étaient remplies. La Dresse G_____ indiquait que la recourante

avait été vue une première fois au service de la guidance infantile des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en juillet 2002, à l'âge de quatorze mois, par la doctoresse L_____, médecin interne, pour des manifestations réactionnelles diverses, un retard de développement physiologique, des insomnies non organiques et un stress précoce en lien avec des difficultés familiales. Elle avait alors été placée en famille d'accueil. D'octobre 2004 à août 2007, elle avait été suivie par la doctoresse M_____, médecin au service de la guidance infantile des HUG. Elle présentait alors des troubles du comportement qui correspondaient à des troubles de l'affectivité, ainsi qu'un trouble de l'humeur avec une labilité des affects et une forte excitabilité avec impulsivité. Au moment de sa scolarisation, elle avait montré des troubles de l'attention et de la concentration pénalisant ses apprentissages scolaires. Les médecins avaient posé les diagnostics de trouble oppositionnel avec provocation (F91.3), trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant (F64.2) et encoprésie non organique (F98.1). Le médecin en tirait la conclusion que les critères énoncés par les directives médicales relatives à l'infirmité congénitale 404 étaient présents et signalés avant l'âge de neuf ans. Une indication de psychothérapie analytique avait été posée et l'enfant avait été vue pour la première fois par Mme E_____ le 30 août 2007. Cette indication avait bien pour but de l'aider dans sa scolarité et dans sa relation avec ses pairs. Depuis 2007, elle bénéficiait d'une psychothérapie à raison de deux séances par semaine. Quant à Mme E_____, elle confirmait que l'enfant lui avait été adressée en août 2007. Ses angoisses d'abandon, de perte et de mort étaient telles qu'elles la submergeaient. Elle ne parvenait alors plus à contenir ses angoisses et avait tendance à des passages à l'acte, des mouvements de colère et d'opposition qui la désorganisaient sur le plan psychique, avec beaucoup d'agitation et des troubles somatiques. Ces manifestations pouvaient mettre en péril la poursuite de sa scolarité et la qualité de ses relations sociales. Sur le plan scolaire, elle était intégrée dans une école spécialisée. Grâce à la psychothérapie, l'assurée avait évolué plutôt favorablement. Cette prise en charge permettait de l'aider à contenir ses angoisses et à élaborer sa quête identitaire. Avec la complexité de son histoire de vie et l'entrée dans l'adolescence, afin de soutenir les améliorations au niveau du comportement et des mouvements d'opposition, ainsi que de favoriser ses capacités d'intégration socio-professionnelles, il était indispensable de poursuivre la psychothérapie à la même fréquence. Des discontinuités dans la prise en charge pouvaient conduire à des débordements d'angoisse, des ruptures au niveau des investissements scolaires et relationnels et des passages à l'acte ou des troubles somatiques plus graves.

9. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 décembre 2013, a conclu au rejet du recours en se référant à l'argumentation de la décision litigieuse.

10. Par réplique du 22 janvier 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions en produisant un nouveau rapport de la Dresse G_____ du 9 décembre 2013, alléguant qu'aussi bien le diagnostic que le début du traitement étaient largement antérieurs aux neuf ans de l'enfant.

Par ailleurs, au vu du rapport de Mme E_____, il ne faisait aucun doute que la psychothérapie permettait d'améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou de la préserver d'une diminution notable dans la mesure où elle permettait notamment un meilleur investissement scolaire. Le traitement diminuait grandement les conséquences liées aux troubles du comportement et aidait l'assurée, tant sur le plan personnel que scolaire. Le bénéfice du traitement était démontré et il était important qu'il ne soit pas interrompu. Mme E_____ établissait clairement que cette prise en charge était de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain de l'assurée et s'avérait dès lors directement nécessaire à une réadaptation professionnelle. Rien ne permettait d'affirmer que

la durée de la psychothérapie était illimitée car dès que l'assurée aurait réussi à se stabiliser et à contenir ses angoisses, elle pourrait s'intégrer socialement et professionnellement de manière pérenne, sans que la poursuite du traitement soit nécessairement indispensable. Rien ne permettait non plus d'affirmer que la psychothérapie avait pour but le traitement de l'affection elle-même. 11. Par duplique du 4 mars 2014, l'intimé a relevé qu'il résultait clairement des pièces que la Dresse G_____ avait posé le diagnostic de TDAH en mars 2012 et que le traitement spécifique avait été instauré en décembre 2010, soit après la neuvième année de l'assurée. 12. L'intimé s'est référé à l'avis émis par le Dr J_____, du SMR, le 13 février 2014. Ce médecin y relevait que l'assurée avait suivi une psychothérapie depuis 2007, à raison de deux séances par semaine et qu'après cinq ans, ce traitement s'avérait toujours nécessaire ; les effets recherchés étaient de circonscrire la maladie et, secondairement, de permettre une scolarisation et une amélioration de la relation. Les symptômes restaient donc l'élément central puisqu'ils étaient spécifiquement ciblés par la psychothérapie ; l'amélioration scolaire n'était qu'un bénéfice collatéral secondaire. Par ailleurs, une psychothérapie au long cours serait nécessaire. 13. Le 1^{er} avril 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle fait valoir que les signes d'un TDAH ont été présents dès le plus jeune âge mais qu'il est difficile, voire impossible de poser ce diagnostic avant l'âge de six ans révolus, de sorte qu'il conviendrait de se montrer particulièrement large dans l'appréciation de la question de savoir si le trouble a pu être diagnostiqué, documenté et traité avant l'âge de neuf ans révolus. A l'appui de ses arguments, la recourante a notamment produit un rapport établi par la Dresse L_____, faisant état d'un suivi du 4 janvier au 29 juillet 2002 pour un retard transitoire du développement physiologique et un trouble du sommeil non organique, ainsi que des rapports établis par la Dresse M_____, faisant état d'un suivi du 8 octobre 2004 au 22 août 2007 en raison de troubles du comportement, d'une énurésie et d'une encoprésie. En novembre 2004, la Dresse M_____ diagnostiquait une encoprésie non organique (F98.1), un trouble oppositionnel avec provocation (F91.3) et un trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant (F64.2). Le médecin mentionnait un niveau intellectuel dans les limites de la normale, précisant que l'assurée avait débuté l'école enfantine en septembre 2005, que ses résultats scolaires étaient bons, qu'elle pouvait être assez turbulente et que les enfants se plaignaient de sa brusquerie. Les troubles du comportement persistaient de manière raisonnable. Les affects étaient modulés mais il y avait une prédominance d'excitation. L'assurée pouvait parfois être plus calme, triste et inquiète. Le médecin concluait à une structure paranévrotique de forme hypomaniaque après un trouble de l'attachement primaire qui avait bien évolué depuis le placement en famille d'accueil. A la fin du suivi, la Dresse M_____ avait proposé, au vu de la problématique identitaire et des angoisses d'abandon qui poussaient l'assurée vers l'hypomanie et le contrôle, une psychothérapie individuelle auprès de Mme E_____ dès la rentrée 2007. Selon la recourante, l'ensemble du dossier démontre la présence de la symptomatologie complète de l'infirmité congénitale 404 avant l'accomplissement de sa neuvième année. Elle rappelle par ailleurs que l'un des buts premiers de la psychothérapie est de favoriser l'intégration scolaire. Elle ajoute que, bien qu'il ne soit pas possible de fixer une date, il est probable que la psychothérapie ne sera pas nécessaire de manière illimitée. Enfin, elle considère que les bénéfices du traitement ont été démontrés. 14. Le 2 mai 2014, l'intimé a produit un nouvel avis du SMR du 24 avril 2014, relevant que, selon le rapport de la Dresse G_____, l'ensemble des mesures, en particulier la psychothérapie, n'avait pas permis de maintenir la scolarité en milieu ordinaire, élément supplémentaire venant démontrer que l'objectif de la psychothérapie - maintenir les

capacités de formation et de travail - s'était révélé un échec. Par ailleurs, il s'agissait d'un traitement de l'affection en tant que telle non limité dans le temps. [endif]>[if> 14. Par ordonnance du 18 septembre 2014, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) a désigné Madame F_____ tutrice de l'assurée. [endif]>[if> 15. Le 22 janvier 2015, la chambre de céans a entendu la Dresse G_____, qui a notamment expliqué que l'assurée était suivie par une psychologue spécialisée et qu'elle-même la suivait sur le plan de la médication et de son placement. Elle l'avait rencontrée en 2012 et avait eu accès au dossier de la guidance infantile. [endif]>[if> Si le diagnostic de TDAH n'avait pas été formellement posé, elle avait cependant constaté que les symptômes mentionnés en relevaient clairement (troubles du comportement, impulsivité, troubles de la concentration et de la mémorisation pénalisant déjà les apprentissages scolaires, labilité des affects, forte excitabilité). Le témoin a émis l'avis qu'il était plus juste de parler de traitement de durée indéterminée plutôt qu'illimitée. A cet égard, il convenait d'interroger plus précisément la thérapeute elle-même, mais il lui paraissait qu'un terme au suivi pourrait être mis, dans un délai à définir. S'agissant du but principal poursuivi par la thérapie, le courrier de Mme E_____ démontrait que l'amélioration scolaire passait forcément par le traitement des symptômes ; c'était d'ailleurs ce qui s'était partiellement produit. S'agissant du bénéfice réel de la psychothérapie, contrairement à ce que retenait le SMR, il semblait être démontré par le fait qu'alors qu'en 2012, l'assurée, à l'école Toepffer, avait fait l'objet de menaces constantes de renvoi en raison de son comportement, elle avait par la suite pu intégrer l'Ecole de l'Arc, avec une nette amélioration, puis l'école Acore. Elle était désormais mieux intégrée, tant dans sa famille qu'avec ses pairs, et les perspectives d'intégration professionnelle étaient bonnes, puisqu'il était envisagé qu'elle suive par la suite un apprentissage, ce qui, n'aurait pas pu être le cas sans cette thérapie. Celle-ci avait permis à l'assurée de canaliser ses angoisses, de réduire ses troubles comportementaux, notamment en évitant des passages à l'acte, mais également de mieux s'investir dans sa scolarité en améliorant notamment sa concentration. Il était important que le suivi soit confié à la thérapeute qui connaissait l'assurée depuis 2007. 16. Les représentants de la recourante ont une nouvelle fois soutenu que, l'atteinte étant présente avant l'âge de neuf ans et les difficultés de comportement particulièrement ingérables en milieu scolaire, la prise en charge par l'assurance-invalidité devrait être admise. [endif]>[if> A cet égard, ils ont souligné l'importance du fait que le suivi continue d'être assuré par Mme E_____. Or, celle-ci est psychologue, non psychiatre, d'où la nécessité que l'assurance-invalidité accepte d'entrer en matière. La tutrice de l'assurée a souligné que celle-ci était au seuil d'une nouvelle étape décisive et importante, son adoption, période qui pouvait se révéler compliquée et qui nécessitait la continuité de son suivi par la thérapeute la mieux à même de la soutenir. 17. Par écriture du 11 février 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à un avis du SMR du 28 janvier 2015. [endif]>[if> Après avoir passé en revue les pièces versées au dossier, le Dr J_____ a notamment conclu que la psychothérapie débutée par Mme E_____ en août 2007 avait pour indication le traitement des troubles du comportement et des troubles oppositionnels avec provocation, laquelle n'avait rien à voir avec les symptômes d'une éventuelle infirmité 404 non diagnostiquée. En 2010, la psychothérapie était justifiée par un refus alimentaire et des crises clastiques ayant conduit à une hospitalisation. Le 26 mars 2012 avait débuté la psychothérapie ordonnée par la Dresse G_____ pour les éventuels symptômes cérébraux congénitaux (OIC 404). Ainsi, la psychothérapie antérieure à mars 2012 n'avait pas eu pour objectif le traitement d'une infirmité n°404. Si l'existence d'un trouble psychique était indéniable, en 2007, il

consistait, selon Mme E _____, en une forte angoisse d'abandon et de perte qui se traduisait par des troubles du comportement. A cette époque, le diagnostic retenu, attesté par la Dresse G _____ le 9 décembre 2013, était celui de troubles oppositionnels avec provocation. Sans ambiguïté, la psychothérapie ciblait ces troubles de l'humeur. On ne pouvait donc pas considérer que le traitement visait des troubles cérébraux congénitaux selon le chiffre 404 de l'ordonnance. Par ailleurs, dans le document de la Dresse G _____ du 9 décembre 2013, seuls étaient décrits des troubles du comportement. Si des troubles de l'attention et de la concentration et des troubles liés à l'impulsivité pouvaient éventuellement être considérés, en revanche, aucun trouble de la perception n'était décrit. La reconnaissance des troubles cérébraux congénitaux avait été attestée et documentée dans la demande de décembre 2012, soit après l'âge de neuf ans révolus, le diagnostic ayant été posé en mars 2012. 18. Par écriture du 4 mars 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. 19. Elle soutient que le dossier de la guidance infantile fait état de symptômes relevant clairement d'un TDAH - troubles du comportement, de l'impulsivité, de la concentration et de la mémorisation pénalisant les apprentissages scolaires, labilité des affects et forte excitabilité. Elle en tire la conclusion qu'avant l'âge de neuf ans, la symptomatologie complète de l'infirmité congénitale était présente. Par ailleurs, la thérapie est directement nécessaire et de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain et/ou d'accomplissement des travaux habituels. Le bénéfice réel apporté par la psychothérapie a été démontré. Enfin, la thérapie n'était pas de durée illimitée, mais de durée indéterminée. 19. Par décision du 24 juin 2015, la chambre civile de la Cour de justice a prononcé l'adoption de l'assurée par les époux B _____. 20. Interpellée par la chambre de céans, la Dresse H _____ a répondu en date du 1 er septembre 2015 qu'elle était dans l'impossibilité de répondre aux questions posées dès lors qu'elle n'était plus en possession du dossier de la recourante. Elle a recommandé de s'adresser plutôt à la Dresse F _____, à qui elle avait adressé l'assurée dès la suspicion d'un syndrome d'hyperactivité-trouble de la concentration, voire aux médecins du service de neuropédiatrie de l'Hôpital des enfants où la recourante avait été hospitalisée plusieurs fois pour ses troubles du comportement et suivie très régulièrement. 21. Interpellée à son tour, la doctoresse G _____, spécialiste FMH en pédiatrie, qui suit désormais la recourante, a répondu en date du 12 octobre 2015 aux questions posées par la chambre de céans. 22. Ce médecin a expliqué que des troubles du comportement avec forte impulsivité sur une intelligence non altérée ainsi que des difficultés dans les apprentissages scolaires avaient été signalés par la guidance infantile avant l'âge de neuf ans. Un traitement spécifique avait été instauré pour la première fois en novembre 2011. Enfin, la Dresse G _____ a confirmé l'existence chez la recourante des troubles du comportement, des troubles des pulsions, de la perception, de la concentration et de l'attention et a expliqué comment ils se manifestaient. 22. Par pli du 5 novembre 2015, l'intimé a relevé que le traitement spécifique n'avait été introduit qu'en novembre 2011, soit clairement après l'âge de 9 ans révolus. 23. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la chambre de céans a gardé la cause à juger. 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 LAI. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. a. 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). 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). b. En l'espèce, la décision litigieuse du 9 octobre 2013 refuse la prise en charge de mesures médicales sollicitées en décembre 2012 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). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le point de savoir si le traitement de psychothérapie suivi par la recourante doit être pris en charge par l'intimé. 5. 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^{er}). 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^{er} al. 1^{er} de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21), arrêtée 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. b. Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC, dans sa teneur 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. c. Le Tribunal fédéral a admis la conformité à la loi du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC et de la pratique administrative concernant cette disposition, consacrée dans la Circulaire de l'OFAS sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM). Le diagnostic des troubles mentionnés doit avoir été posé avant l'accomplissement de la neuvième année de l'intéressé, de même que le traitement de ces troubles doit avoir débuté avant cette date; il s'agit de conditions du droit à la prestation pour les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI (ATF 122 V 113 consid.

1b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_932/2010 du 11 janvier 2011 consid. 2.2), auxquelles il ne peut être renoncé (arrêts du Tribunal fédéral 8C_23/2012 du 5 juin 2012 consid. 5.1.1 et I.695/06 du 12 mars 2007). Pour que l'exigence du début du traitement avant la neuvième année soit réalisée, il faut que celui-ci se rapporte à l'infirmité congénitale en cause, dûment diagnostiquée comme telle, également antérieurement au neuvième anniversaire de l'enfant. Il ne suffit pas qu'un traitement, de même type que celui dont la prise en charge est requise, ait été suivi par le passé, alors que le diagnostic correspondant n'avait pas (encore) été posé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.1). d. Selon la CMRM, dans sa teneur valable à partir du 1^{er} mars 2012, applicable, selon les dispositions finales et transitoires, pour toutes les demandes de prestations qui, à cette date, n'ont pas encore fait l'objet d'une décision, le trouble doit avoir été diagnostiqué, documenté et traité comme tel avant la neuvième année. Les troubles acquis doivent être exclus du diagnostic (note marginale 404.2). Les troubles cérébraux congénitaux qui ne sont traités effectivement qu'après l'accomplissement de la neuvième année doivent être appréciés à la lumière de l'art. 12 LAI. On ne peut non plus admettre l'existence d'une infirmité congénitale lorsqu'il est exclusivement fait valoir qu'un traitement eût été nécessaire déjà avant l'accomplissement de la neuvième année (note marginale 404.3). Si, jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de neuf ans, seuls certains des symptômes indiqués en titre sont médicalement attestés, les conditions du ch. 404 OIC ne sont pas remplies. Dans ce cas, il faut vérifier soigneusement si, sur le plan médical, les critères requis selon les directives médicales relatives aux IC 404 sont effectivement remplis (note marginale 404.5). Selon les directives médicales relatives aux IC 404 (annexe 7 de la CMRM), en principe, une première reconnaissance de la problématique en tant qu'infirmité congénitale OIC 404 est possible aussi après que l'enfant a atteint neuf ans. Dans ce cas, il faut démontrer qu'un diagnostic avait été posé et un traitement médical entrepris avant cet âge (point 1.3). Les conditions du chiffre 404 OIC peuvent être considérées comme réunies si, avant l'âge de neuf ans, on constate au moins des troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, des troubles de l'impulsion et de la perception (troubles perceptifs), des troubles de la concentration et des troubles de la mémorisation. Ces symptômes doivent être présents cumulativement. Si, le jour où l'enfant atteint l'âge de neuf ans, seuls certains de ces symptômes sont médicalement attestés, les conditions du chiffre 404 OIC ne sont pas remplies (point 2.1) 6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 7. 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).>[if> 8. a. En l'occurrence, la recourante, née le 22 mai 2001 - ayant donc atteint l'âge de neuf ans révolus le 22 mai 2010 -, fait valoir que la prise en charge de l'infirmité congénitale OIC 404 doit être admise, dès lors que tant le diagnostic que le traitement spécifique sont antérieurs à ses neuf ans, ce que conteste l'intimé.>[if> b. Une première reconnaissance de l'infirmité congénitale OIC 404 est certes aussi possible après que l'enfant a atteint neuf ans. Il faut pour cela démontrer qu'un diagnostic a été posé et un traitement entrepris avant cet âge. S'agissant du diagnostic d'hyperactivité, les Dresses G_____ et F_____ ont indiqué qu'il avait été posé par la Dresse H_____ en décembre 2010, date à laquelle un traitement spécifique avait été instauré (questionnaire du 26 avril 2013). Les Dresses G_____ et F_____ ont toutefois ajouté dans ce rapport que les symptômes étaient présents depuis l'âge de sept ans, ce qui avait motivé une psychothérapie. La Dresse G_____ a également expliqué devant la chambre de céans qu'elle avait rencontré la recourante en 2012 et avait eu accès à son dossier auprès de la guidance infantile. Si le diagnostic de TDAH n'avait pas été formellement posé, elle avait cependant constaté que les symptômes mentionnés en relevaient clairement (troubles du comportement, impulsivité, troubles de la concentration et de la mémorisation pénalisant déjà les apprentissages scolaires, labilité des affects, forte excitabilité). Dans son rapport du 9 décembre 2013, ce médecin a également indiqué que la recourante présentait avant l'âge de neuf ans ces symptômes. Enfin, la Dresse G_____ a expliqué que les troubles du comportement avec forte impulsivité sur une intelligence non altérée ainsi que des difficultés dans les apprentissages scolaires avaient été signalés par la guidance infantile avant l'âge de neuf ans (rapport du 12 octobre 2015). Il résulte des pièces versées au dossier que la recourante a été suivie une première fois du 4 janvier au 29 juillet 2002 par la Dresse L_____, pour des manifestations réactionnelles diverses, un retard de développement physiologique, des insomnies non organiques et un stress précoce en lien avec des difficultés familiales. Elle a ensuite été suivie par la Dresse M_____ du 8 octobre 2004 au 22 août 2007, en raison notamment de troubles du comportement. Il résulte des rapports établis par ce médecin que la recourante présentait un trouble oppositionnel avec provocation (F91.3), un trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant (F64.2) et une encoprésie non organique (F98.1). Son niveau intellectuel était dans les limites de la normale. La Dresse M_____ a relevé que la recourante avait débuté l'école enfantine en septembre 2005 et que ses résultats scolaires étaient bons. Les troubles du comportement persistaient de manière raisonnable. Selon la Dresse M_____, la recourante présentait une structure paranévrotique de forme hypomaniaque après avoir présenté un trouble de l'attachement primaire qui avait bien évolué depuis son placement en famille d'accueil (pièces 11 et 12 chargé recourante). Contrairement à ce que font valoir la recourante et la Dresse G_____, on ne saurait retenir, à la lecture des rapports précités, que les troubles du comportement au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC ont été mis en évidence antérieurement au 22 mai 2010. On rappellera que plusieurs symptômes doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens de cette disposition soit retenue : des troubles du

comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation. Or, il apparaît que seul un trouble oppositionnel avec provocation a été constaté, ce qui correspond uniquement à un aspect particulier du chiffre 404 OIC selon les directives médicales sur les IC 404 (annexe 7, point 2.1.1). La Dresse G _____ certes fait état, dans son rapport du 9 décembre 2013, de troubles de la concentration et de la mémorisation pénalisant déjà les apprentissages scolaires durant le suivi par la Dresse M _____. Cela étant, on n'en trouve pas confirmation à la lecture des rapports établis par la Dresse M _____. Par ailleurs, aucune pièce au dossier ne permet de retenir qu'entre le 22 août 2007 - date de la fin de la prise en charge par la Dresse L _____ - et le 22 mai 2010 – date à laquelle la recourante a atteint ses neuf ans – l'ensemble des symptômes relevant du chiffre OIC 404 auraient été constatés chez l'intéressée. Par conséquent, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présentait déjà avant l'accomplissement de sa neuvième année, la symptomatique complète de l'infirmité congénitale OIC 404. Par ailleurs, on relèvera que si la recourante a effectivement débuté une psychothérapie en août 2007, il résulte des rapports précités que ce traitement n'avait pas pour objet l'infirmité congénitale litigieuse, mais une problématique identitaire et des angoisses d'abandon qui poussaient l'assurée vers l'hypomanie et le contrôle (rapport de la Dresse M _____, pièce 11 chargé recourante). Au demeurant, les Dresses F _____ et G _____ ont indiqué qu'un traitement spécifique avait été instauré pour la première fois en décembre 2010, soit après les neuf ans de la recourante. Faute de démonstration de la présence de l'ensemble des troubles avant l'âge de neuf ans et d'un traitement de ces troubles débuté avant cet âge, l'infirmité congénitale n° 404 OIC ne saurait être reconnue. Compte tenu de ce qui précède, les conditions à la prise en charge du traitement en vertu de l'art. 13 LAI ne sont pas réunies en l'espèce. 9. Reste à examiner si l'intimé doit accorder à la recourante les mesures médicales requises en application de l'art. 12 LAI.!

10. a. En vertu de l'art. 12 al. 1 er LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1 er janvier 2008, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable.!

L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 consid. 1; ATF 102 V 41 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1). b. Aux termes de l'art. 2 al. 1 RAI, 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. 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 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^{er} LAI. De plus, 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; ATF 115 V 191 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_850/2011 du 5 avril 2012 consid. 4.1; 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 citées). A l'inverse, les mesures médicales ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité dans le cas d'assurés mineurs lorsqu'elles portent sur des maladies psychiques, qui en l'état des connaissances de la médecine, ne peuvent s'amender de manière durable sans traitement continu, comme c'est par exemple le cas pour la schizophrénie (ATF 105 V 18). 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, celle-ci se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 consid. 3b; ATF 101 V 43 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 43 consid. 3c; ATF 98 V 205 consid. 4b). En cas de troubles psychiques, la jurisprudence considère que l'historique de la maladie doit être pris en considération pour évaluer le résultat qu'il y a lieu d'escompter d'une mesure médicale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.343/04 du 3 décembre 2004 consid. 2.2). En particulier, plus un laps de temps important s'est écoulé depuis le début du traitement entrepris, plus l'issue de celui-ci apparaît incertaine (ATF 101 V 43 consid. 3c; ATF 98 V 205 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3). 11. a. En l'occurrence, Mme E_____ a expliqué qu'elle suit la recourante depuis août 2007, que ses angoisses d'abandon, de perte et de mort étaient

telles qu'elles la submergeaient, qu'elle avait tendance à des passages à l'acte, des mouvements de colère et d'opposition qui la désorganisaient sur le plan psychique, avec beaucoup d'agitation et des troubles somatiques. La psychologue a indiqué que ces manifestations pouvaient mettre en péril la poursuite de la scolarité et la qualité des relations sociales. Sur le plan scolaire, l'assurée a été intégrée dans une école spécialisée et grâce à la psychothérapie, l'évolution a été plutôt favorable. Cette prise en charge l'aide à contenir ses angoisses et à élaborer sa quête identitaire. La psychologue a souligné que des discontinuités dans la prise en charge pourraient conduire à des débordements d'angoisses, des ruptures au niveau des investissements scolaires et relationnels et des passages à l'acte ou des troubles somatiques plus graves. Selon la Dresse G_____, le courrier de Mme E_____ démontre que l'amélioration scolaire passe forcément par le traitement des symptômes. Elle en veut pour preuve que l'assurée a pu passer de l'école Toepffer, à celle de l'Arc puis à l'école Acore, qu'elle est désormais mieux intégrée dans sa famille et avec ses pairs et que les perspectives d'intégration professionnelle sont bonnes, puisqu'il est envisagé qu'elle suive un apprentissage. La Dresse G_____ en tire la conclusion que la thérapie a permis à la recourante de canaliser ses angoisses, de réduire ses troubles comportementaux, notamment en évitant des passages à l'acte, mais également de mieux s'investir dans sa scolarité, en améliorant notamment sa concentration. b. Au vu de ces éléments, la chambre de céans constate que la psychothérapie suivie par la recourante depuis 2007 lui permet d'évoluer plutôt favorablement. Cela étant, si le traitement a certes des effets positifs, il convient de rappeler que le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif, car toute mesure médicale qui réussit du point de vue médical a des effets bénéfiques sur la vie active. Encore faut-il que le traitement permette de présager un résultat certain dans un laps de temps déterminé. Or, la recourante bénéficiait au moment de la décision litigieuse, le 9 octobre 2013, d'un traitement psychothérapeutique instauré en août 2007, soit depuis plus de six ans. En dépit de cette durée, le traitement doit être poursuivi à la même fréquence et sans discontinuer, faute de quoi cela pourrait conduire à des débordements d'angoisses, des ruptures au niveau des investissements scolaires et relationnels, des passages à l'acte ou des troubles somatiques plus graves. Par ailleurs, ni la Dresse G_____, ni Mme E_____ n'ont donné d'indication permettant d'envisager une fin proche du traitement. Enfin, ces spécialistes n'ont pas émis de pronostic certain. Dans ces conditions, on ne peut présager de résultat certain de la psychothérapie en un laps de temps déterminé. Par surabondance, le traitement vise avant tout l'affection en tant que telle, puisque la prise en charge psychothérapeutique vise à donner à la recourante les moyens de contenir ses angoisses et d'élaborer sa quête identitaire. A cet égard, on notera d'ailleurs que la Dresse G_____ l'a admis dans son rapport du 21 décembre 2012. A la lumière de toutes ces circonstances, force est d'admettre, avec l'intimé, que la psychothérapie doit s'inscrire dans la durée et qu'elle vise le traitement de l'affection en tant que telle, de sorte que les conditions de l'art. 12 LAI ne sont pas remplies. Il en découle que le recours, mal fondé, ne peut qu'être rejeté. 12. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, dès lors que le représentant légal de la recourante au moment du dépôt du recours est au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 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.