

## GE\_GERICHTE A/983/2013 vom 11. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_983\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_983_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/983/2013 du 11 février 2014

IT: GE\_GERICHTE A/983/2013 del 11 febbraio 2014

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.02.2014  
A/983/2013

A/983/2013 ATAS/172/2014 du 11.02.2014 ( AI ) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/983/2013 ATAS/172/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 11 février 2014 1 ère Chambre En la cause Monsieur CA\_\_\_\_\_, représenté par ses parents, Madame C\_\_\_\_\_ et Monsieur C\_\_\_\_\_, domicilié à JUSSY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SCHNEIDER Jacques-André recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. CA\_\_\_\_\_, né en 1995, souffre depuis sa naissance d'un retard sévère du développement psychomoteur, d'un retard du langage et de troubles du comportement. Il présente également une légère infirmité motrice cérébrale de type diplégie spastique et ataxique. Les chiffres OIC 390 et 427 ont été retenus.![endif]>![if> 2. L'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) a pris en charge différentes mesures médicales et pédago-thérapeutiques, ainsi qu'une contribution aux frais de soins pour mineur impotent de degré grave dès le 1 er juillet 2001.![endif]>![if> 3. Interrogé par l'OAI dans le cadre de la procédure de révision de l'allocation pour impotent, le Dr L\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de neurologie pédiatrique des HUG, a, le 26 août 2009, retenu les diagnostics d'infirmité motrice cérébrale avec diplégie spastique et apraxie, retard du développement psychomoteur et du langage, trouble du comportement et OIC 390. A la question de savoir si l'état de santé pouvait être amélioré, il a indiqué qu'un traitement des troubles du comportement par Risperdal était en voie de discussion.![endif]>![if> 4. Le 13 février 2012, une demande a été déposée par la CSS ASSURANCE-MALADIE SA auprès de l'OAI, visant à la prise en charge de l'hospitalisation de CA\_\_\_\_\_ à Belle-Idée du 3 au 18 septembre 2009, son suivi pédopsychiatrique et son traitement médicamenteux. ![endif]>![if> 5. Le 23 juillet 2012, la Doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à l'OAI un rapport selon lequel![endif]>![if> « la nécessité du traitement de Risperdal s'est inscrite dans le processus pubertaire de CA\_\_\_\_\_. En effet, avec l'avènement des premiers signes pubertaires, il a commencé à présenter une anxiété majeure, ainsi que des pics d'agressivité accompagnés d'une grande impulsivité. D'autres médecins consultés avant moi avaient fait des essais thérapeutiques avec notamment des antidépresseurs sérotoninergiques et des benzodiazépines qui se sont révélés plutôt délétères. C'est dans ce contexte que nous avons introduit le Risperdal avec une excellente réponse thérapeutique. Ce traitement de base est très ponctuellement complété par du Seroquel en réserve. En réponse à votre question, il va de soi que ces symptômes sont en étroite relation avec l'infirmité congénitale dont il souffre, car la gestion des changements pubertaires ne saurait faire fi des caractéristiques propres dues à cette

infirmité. » 6. Invitée à préciser si l'hospitalisation à la Clinique de Belle-Idée en unité de pédopsychiatrie du 3 au 18 septembre 2009 était ou non en lien avec l'OIC 390, la Dresse N\_\_\_\_\_, cheffe de clinique à l'Hôpital des enfants, a indiqué le 2 août 2012 que les médecins référents lors de cette hospitalisation ne travaillaient plus dans l'unité. Un résumé de séjour a néanmoins été établi le 30 septembre 2009 par ces deux médecins. Ils ont ainsi expliqué que l'admission avait été non volontaire depuis les urgences de pédiatrie, en raison de l'aggravation des troubles du comportement avec risque hétéro-agressif. Les facteurs de crise sont décrits comme étant la reprise scolaire, la recrudescence pulsionnelle liée à l'adolescence et l'introduction d'un traitement neuroleptique. Les médecins ont retenu l'hypothèse de l'émergence pulsionnelle liée à l'adolescence (transformation du corps, puberté). Outre les facteurs de crise comme les changements de référents (éducateur, neuropédiatre), ils ont souligné l'investissement très fort des parents qui ont certainement beaucoup contenu (et peut-être inconsciemment nié) une péjoration qui avait déjà commencé il y a plus de six mois. Ils ont considéré qu'un accompagnement psychiatrique de l'enfant et de ses parents pour les soutenir durant la phase de l'adolescence était nécessaire, ces derniers ayant d'ores et déjà pris contact avec un pédopsychiatre, la Dresse M\_\_\_\_\_, pour ce suivi. 7. Dans une note du 17 août 2012, l'OAI a considéré qu'« il n'y avait apparemment aucun lien entre les OIC déjà accordées et le suivi en psychiatrie. Selon le RM scanné au 23 juillet 2012, c'est une anxiété majeure liée à la puberté et accompagnée de pics d'agressivité qui a rendu nécessaire le suivi psychiatrique et le Risperdal. » 8. Le médecin du Service médical régional AI (SMR) a confirmé cet avis le 3 décembre 2012 et conclu qu'il n'était pas possible de prendre en charge l'hospitalisation à Belle-Idée, le suivi psychiatrique et médicamenteux, au motif que l'art. 12 LAI ne s'appliquait pas, s'agissant du traitement de l'affection en tant que tel. Les effets sur la formation et la capacité de gain future ne sont pas démontrés, la durée n'est pas déterminée, il y a par ailleurs un délai de carence d'une année pour le suivi pédopsychiatrique, de sorte qu'il n'est pas possible d'ouvrir un droit sous les art. 12 ou 13 LAI. 9. L'OAI a en conséquence transmis au père de l'assuré, le 17 décembre 2012, un projet de décision, aux termes duquel la demande était rejetée s'agissant de l'hospitalisation à Belle-Idée, du suivi pédopsychiatrique, ainsi que du traitement médicamenteux. 10. Le père de l'assuré a communiqué à l'OAI un certificat établi le 16 janvier 2013 par la Dresse M\_\_\_\_\_. Ce médecin rappelle que « cette hospitalisation avait été motivée par une impulsivité avec auto et hétéro-agressivité. Lors de ce séjour, on a introduit un traitement de Risperdal qui a permis une amélioration de la symptomatologie et le retour de CA\_\_\_\_\_ à la maison. A l'aide des observations faites par les parents de CA\_\_\_\_\_, nous avons pu constater que l'apparition de ces symptômes comportementaux a coïncidé avec le développement pubertaire. CA\_\_\_\_\_ paraissait dès lors plus anxieux, voire angoissé, il était devenu plus impulsif. Il est bien connu dans la littérature consacrée à l'étude de la puberté que la difficulté à comprendre et gérer les changements corporels et les nouvelles perceptions y reliées peut participer à l'apparition des symptômes tels que ceux présentés par CA\_\_\_\_\_. L'impulsivité et l'agressivité y découlant ne relèvent donc pas d'une atteinte psychiatrique. La symptomatologie présentée est étroitement liée à son infirmité congénitale OIC 390 (infirmité motrice cérébrale), dans le sens que cette infirmité congénitale ne lui permet ni de comprendre, ni de gérer, ni d'intégrer tous ces changements. CA\_\_\_\_\_ a très bien répondu au traitement de Risperdal. Il s'agit d'un neuroleptique qui agit notamment au niveau de l'impulsivité, tout en ayant un effet sur l'angoisse. Il est

donc impératif que CA\_\_\_\_\_ puisse continuer ce traitement qui lui a permis, entre autres, de réussir son intégration au foyer. Il a eu donc un effet bénéfique sur sa formation et son avenir. »!

11. Le 5 février 2013, le médecin du SMR a pris connaissance du rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_, et considéré que les éléments y figurant n'étaient pas différents des précédents, de sorte qu'il se réfère expressément à son précédent avis du 3 décembre 2012.

12. Par décision du 21 février 2013, l'OAI a confirmé le rejet de la demande, aucun lien de causalité entre l'infirmité congénitale OIC 390 et l'atteinte psychiatrique n'étant établi.

13. Les parents de l'enfant, représentés par Me Jean-Jacques SCHNEIDER, ont interjeté recours le 22 mars 2013 contre ladite décision.

Ils rappellent, s'agissant de l'application de l'art. 13 LAI, que le droit à des mesures médicales s'étend également au traitement d'atteintes secondaires à la santé, qui sont souvent la conséquence de l'infirmité congénitale. Selon eux, les médecins du SMR se fondent exclusivement sur les conclusions du rapport d'hospitalisation du 30 septembre 2009. Or, ces conclusions ne font état que d'une hypothèse s'agissant de l'absence de lien entre l'infirmité congénitale et le trouble ayant nécessité l'hospitalisation, et sont contredites par celles de la Dresse M\_\_\_\_\_ qui suit l'enfant depuis plus de deux ans et demi. Les parents de l'enfant considèrent donc qu'un lien de causalité ne peut qu'être admis. S'agissant de l'application de l'art. 12 LAI, ils relèvent que la Dresse M\_\_\_\_\_ a insisté sur la nécessité et l'effet bénéfique du traitement de Risperdal, tant sur l'avenir que sur la formation de l'enfant. Dès lors, le suivi pédopsychiatrique et le traitement médicamenteux étant à l'évidence nécessaires à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels et permettant une amélioration durable et importante de l'accomplissement de ceux-ci, ils doivent également être pris en charge par l'OAI.

14. Le 5 avril 2013, les parents de l'enfant ont communiqué à la Cour de céans deux nouveaux rapports établis par le Dr L\_\_\_\_\_ et par le Dr O\_\_\_\_\_, pédiatre, tous deux médecins traitants, datés respectivement des 19 mars 2013 et 22 mars 2013.

Le premier confirme que le traitement de Risperdal prescrit par la Dresse M\_\_\_\_\_ est très efficace, et que l'agressivité pour laquelle le traitement avait été débuté semble être maintenant tout à fait contrôlée. Il relève que le trouble du comportement dont CA\_\_\_\_\_ est atteint s'inscrit tout à fait clairement dans la problématique globale de son syndrome classé sous chiffre 390. Selon le second médecin, « il ne fait pour moi pas de doute que la puberté n'a pas été la cause des troubles de CA\_\_\_\_\_, mais simplement un facteur déclenchant. On sait que la puberté est accompagnée d'un réarrangement des jonctions entre de nombreux neurones au niveau cérébral. Celui-ci aboutit en général à l'apparition de pulsions nouvelles, à une profonde modification des émotions, et à l'apparition progressive d'une faculté de discernement et de prise de décisions. Dans le cas de CA\_\_\_\_\_, les troubles de l'organisation mentale liés à sa maladie n'ont certainement pas permis un réarrangement cérébral harmonieux. Les nouvelles émotions qu'il a ressenties se sont traduites par une agressivité et une impulsivité extrêmes, entraînant une angoisse face au manque de contrôle de ses impulsions, dont il était conscient. D'autres troubles liés à une désorganisation sensori-motrice persistent : trouble de la posture et des mouvements, dysarthrie, trouble des mouvements respiratoires ; en revanche, les troubles du toucher ont disparu. Le comportement de CA\_\_\_\_\_ est adéquat sous traitement de Risperdal, poursuivi et contrôlé par la Dresse P\_\_\_\_\_. A mon avis, considérer la puberté comme la cause des troubles de CA\_\_\_\_\_ est erroné, et revient à confondre les causes et les facteurs déclenchants dans le développement de troubles liés à une maladie. S'agissant d'un syndrome génétique rare et encore non

expliqué, on peut être surpris des événements survenus lors du développement de CA\_\_\_\_\_, mais je suis convaincu, sur la base de cette observation, que si d'autres patients se présentaient porteurs de la même anomalie, on constaterait les mêmes troubles aux mêmes stades du développement et de la croissance ». 15. Le 23 avril 2013, les parents de l'assuré ont transmis à la Cour de céans un nouveau rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_, daté du 16 avril 2013, aux termes duquel en résumé l'impulsivité et l'agressivité ne relèvent pas d'une atteinte psychiatrique ; elles s'inscrivent dans le contexte de son infirmité congénitale, dont elles sont la conséquence directe. Ils ont également communiqué un courriel adressé par la Dresse M\_\_\_\_\_ au mandataire des parents le 22 avril 2013, selon lequel « - Nous ne pouvons pas retenir un diagnostic de trouble du comportement pour CA\_\_\_\_\_. Ce diagnostic évoque en fait des configurations psychiatriques dont CA\_\_\_\_\_ ne souffre pas. L'impulsivité et l'agressivité évoquées sont des symptômes comportementaux ; cette dénomination est plus juste car descriptive des manifestations présentées par CA\_\_\_\_\_ sans faire allusion à aucun syndrome ou diagnostic psychiatrique. - CA\_\_\_\_\_ ne suit pas une psychothérapie, en raison de son infirmité il n'a pas les capacités verbales ni cognitives pour ce faire. Mon suivi pédopsychiatrique est centré sur le suivi médicamenteux ; il s'agit de surveiller l'éventuelle apparition des effets secondaires et d'adapter la posologie en fonction de symptômes mais également du développement physique et de changements endocriniens liés à son âge ». 16. Dans une note du 18 avril 2013, le médecin du SMR a examiné la situation de CA\_\_\_\_\_ sous l'angle de l'art. 13 LAI. Il a ainsi considéré que pour d'aucuns, il existerait un lien de causalité au sens du 11 CMRM. Cela signifierait que l'affection neurologique est entièrement (lien de causalité étroit) responsable des atteintes psychiatriques. Or, aucune des tentatives n'arrive à démontrer ce fait. Les rapports du Dr Q\_\_\_\_\_ signalent qu'il s'agit d'un syndrome qui provoque une affection somatique redevable du 13 LAI OIC 390 et retard important du développement. A aucun moment, il ne fait un lien de causalité entre ces deux entités. A aucun moment, il n'est affiché de lien de causalité direct au sens du 11 CMRM. Ceci est renforcé par le rapport d'hospitalisation de Belle-Idée qui parle d'une atteinte psychiatrique liée au retard mental, exacerbée par l'adolescence. Les rapports de neuropédiatrie et du Dr M\_\_\_\_\_ impliquent le processus pubertaire comme élément déclenchant, ce qui d'un point de vue médical est parfaitement légitime et ne souffre d'aucune contestation. De leurs points de vue, il y a donc plusieurs facteurs qui sont à l'origine de cette affection psychiatrique et en particulier, la puberté qui amplifie le phénomène. A strictement parler, on n'est donc plus dans un lien de causalité réclamé par le 11 CMRM. D'autre part, ces rapports ne visent pas établir précisément un lien de causalité entre l'affection neurologique et l'atteinte psychiatrique. A nouveau, leur seul lien commun est le syndrome d'origine inconnue, qui lui, n'est pas redevable du 13 LAI. Il apparaît donc extrêmement clairement que le lien de causalité exigé par le 11 CMRM entre une OIC et des conséquences secondaires n'est pas établi, donc il n'est pas possible de considérer que l'affection psychiatrique peut être prise en charge par le 13 LAI. S'agissant de l'application de l'art. 12 LAI, le médecin du SMR a répondu que le traitement psychiatrique demandé, les médicaments (Risperdal®, Seroquel®) et la psychothérapie présentaient sans aucune ambiguïté un traitement de l'affection en tant que telle. 17. Dans sa réponse du 23 mai 2013, l'OAI, se référant expressément à cet avis du SMR, a conclu au rejet du recours. 18. Les parents de l'assuré ayant constaté que dans son avis du 18 avril 2013, le médecin du SMR n'avait pas pris en compte le rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_

du 16 avril 2013, celui-ci a établi un nouvel avis le 25 juin 2013, selon lequel il existe un syndrome qui réunit deux affections différentes, un trouble neurologique et un trouble psychiatrique liés au retard mental. Or, l'OAI ne prend en compte que la part somatique (OIC 390). Toute la problématique psychiatrique n'est pas consécutive à l'OIC 390, le seul lien commun entre ces deux affections, est l'existence d'un syndrome qui les réunit. Les conclusions de l'avis du 18 avril 2013 restent dès lors d'actualité.!

19. Le 10 juillet 2013, les parents de l'assuré considèrent que l'avis du Dr T\_\_\_\_\_ est contredit par les nombreux rapports qu'ils ont produits. C'est ainsi que l'assuré ne présente pas un syndrome qui réunirait deux affections différentes, soit un trouble neurologique et un trouble psychiatrique lié au retard mental. Le trouble dont il souffre - qu'il soit « un syndrome génétique mal étiqueté qui s'accompagne de retard du développement » selon le Dr L\_\_\_\_\_, ou une « débilité mentale congénitale avec troubles du langage massifs et comportement hyperkinétique » selon le Dr R\_\_\_\_\_, ou encore une « infirmité motrice cérébrale ou infirmité congénitale », selon les Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ - cause des altérations du comportement lors de la puberté et est consécutif à l'OIC 390, de sorte que les mesures médicales doivent être prises en charge tant sur la base de l'art. 13 LAI que de l'art. 12 LAI.!

20. La Chambre des assurances sociales a informé les parties par courrier du 5 décembre 2013, de son intention d'ordonner une expertise pédopsychiatrique, laquelle serait confiée au Dr S\_\_\_\_\_, et leur a imparti un délai au 23 décembre 2013 pour se déterminer sur le choix de l'expert et pour lui communiquer, le cas échéant, les questions supplémentaires qu'elles souhaiteraient lui voir posées.!

21. Le 17 décembre 2013, le recourant a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à invoquer à l'encontre de l'expert proposé, et n'avoir par ailleurs pas d'autres questions à lui poser.!

22. Les 8 et 28 janvier 2014, l'OAI a déclaré ne pas avoir d'observation particulière à formuler quant aux questions posées à l'expert, et ne pas s'opposer au choix de l'expert désigné.!

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).!

2. Interjeté dans la forme et les délais prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le présent recours est recevable.!

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à la prise en charge de son hospitalisation à Belle-Idée du 3 au 18 septembre 2009, de son suivi pédopsychiatrique et de son traitement médicamenteux.!

4. Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Au nombre des mesures de réadaptation envisageables, figurent notamment les mesures médicales, les mesures d'ordre professionnel et la remise de moyens auxiliaires.!

5. Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2003, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. !

6. Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 13 al. 2 LAI précise que le Conseil fédéral établira une liste des infirmités congénitales pour lesquelles ces mesures

sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes. La liste des infirmités congénitales prévue par cette disposition fait l'objet d'une ordonnance spéciale (art. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201). Selon l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985, (OIC ; RS 831.232.21), sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1 1ère phrase de l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 - OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2 1ère phrase OIC). Le Département fédéral de l'intérieur peut également qualifier d'infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités congénitales évidentes qui ne figurent pas dans cette liste (art 1 al. 2, 2ème phrase OIC). La jurisprudence a reconnu que le Conseil fédéral et – dans l'hypothèse de l'art. 1 al. 2 OIC – le Département fédéral de l'intérieur disposaient d'un large pouvoir d'appréciation pour déterminer, parmi les infirmités congénitales au sens médical, celles pour lesquelles les prestations de l'art. 13 LAI doivent être accordées (infirmités congénitales au sens de la LAI; ATF non publié I 544/1997 du 14 janvier 1999, consid. 2b et les références in VSI 5/1999 p. 170). La liste dressée à cette fin, parfois en tenant compte d'impératifs légitimes de praticabilité, présente un caractère technique marqué. Dans ces conditions, la jurisprudence a prononcé que, si la norme édictée restait dans les limites autorisées par la délégation, le juge n'avait pas à décider si la solution adoptée représentait la solution la meilleure pour atteindre le but visé par la loi, étant donné qu'il ne pouvait substituer sa propre appréciation à celle du Conseil fédéral ou du département (ATF 125 V 21 consid. 6a; ATF non publié 9C\_817/2009 du 14 avril 2010, consid. 3.2 et les références citées). À teneur de l'art. 14 al. 1er LAI, les mesures médicales de réadaptation prises en charge par l'assurance-invalidité en vertu des art. 12 ou 13 LAI comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (let. a); les mesures médicales comprennent également les médicaments ordonnés par le médecin (let. b). Lorsque le traitement a lieu dans un établissement hospitalier ou de cure, l'assuré a droit en outre à la nourriture et au logement en division commune (al. 2). A teneur du chiffre 14 CMRM, les assurés ont droit aux mesures médicales au sens des art. 3 LPGA et 13 LAI dès que l'infirmité congénitale nécessite un traitement (dont font partie les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale établie en toute certitude) et que le traitement offre des chances de succès. Le traitement médical doit être accordé aussi longtemps qu'il est indiqué et que le rapport entre les chances de succès et le coût du traitement reste acceptable. Le respect de cette exigence doit être contrôlé à intervalles raisonnables. Lorsque cela se justifie en raison de l'infirmité ou de la mesure thérapeutique, la durée des prestations doit être limitée. Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances admet toutefois que le droit à des mesures médicales s'étend exceptionnellement également au traitement d'atteintes secondaires à la santé qui ne sont certes plus liées aux symptômes d'infirmité congénitale mais qui, selon l'expérience médicale, sont souvent la conséquence de cette infirmité. Entre l'infirmité congénitale et l'atteinte secondaire à la santé, il faut ainsi qu'il existe un lien de causalité adéquate qualifié. 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 (ATFA du 12 oct. 2001 en la cause 355/01, consid. 1; VSI 2001 p. 75

consid. 3a; ATF 100 V 41 , av. références). Il n'est pas nécessaire, cependant, que l'affection secondaire soit directement liée à l'infirmité; des conséquences même indirectes de l'infirmité congénitale peuvent également satisfaire à l'exigence d'un lien qualifié de causalité adéquate (Pra 1991 n° 214 p. 903 consid. 3b et les références ; SCARTAZZINI, Les rapports de causalité dans le droit Suisse de la sécurité sociale, Genève, 1991). A cet égard, il convient de rappeler que, selon une jurisprudence constante qui s'applique également dans le domaine de l'assurance-invalidité, seule la question de la causalité naturelle relève du fait – et donc de l'appréciation des médecins – alors que le caractère adéquat de la causalité est une question de droit qui doit être tranchée par le juge en cas de recours (ATFA du 12 oct. 2001 en la cause 355/01, consid. 1, ATF 123 V 103 consid. 3d et 139 consid. 3c, 111 V 188 consid. 2b). Conformément à ces principes, le Tribunal fédéral des assurances a par exemple conclu à l'existence d'un lien qualifié de causalité adéquate entre l'impossibilité pathologique de déglutir chez un enfant gravement infirme et une pneumonie dite d'aspiration (ATFA 1962 p. 215 s.), entre l'hydrocéphalie et un certain strabisme (ATF 97 V 54 ), entre des leucopénies (ch. 322 de la liste en annexe à l'OIC) et l'affection causée par une gingivite (Pra 1991 n° 214 p. 903 consid. 4a), entre l'affection congénitale - il s'agissait soit d'une psychose primaire soit d'une oligophrénie grave - et l'hypotonie musculaire dont souffrait l'assuré (arrêt A. du 7 novembre 1997 [I 125/96]), entre le syndrome de Prader-Willi et l'obésité (VSI 2001 p. 76 consid. 3b), entre le rétinoblasme ayant nécessité l'énucléation de l'oeil gauche de l'assurée alors âgée de trois ans et les troubles du comportement (arrêt M. du 12 octobre 2001 [I 355/01]). En revanche, il a nié tout lien qualifié de causalité adéquate entre la dystrophie musculaire progressive et une fracture de la jambe due à une chute (ATF 1965 p. 160 consid. 3), entre la surdi-mutité et une névrose d'abandon (RCC 1965 p. 415), entre un défaut congénital de la cloison ventriculaire et une endocardite ou une pancardite (RCC 1966 p. 304, 1967 p. 559), entre des troubles cérébraux accompagnés de débilité mentale et la schizophrénie (ATF 100 V 41 ), entre la myopathie congénitale avec troubles moteurs cérébraux et une lésion aux dents subie après une chute (arrêt F. du 22 janvier 1998 [I 218/97]), enfin entre une épilepsie congénitale et des lésions aux dents consécutives à une chute (VSI 1998 p. 255 consid. 2b). Dans un arrêt rendu le 12 octobre 2001 (I 355/01), le Tribunal fédéral, amené à traiter le point de savoir s'il existait un lien de causalité adéquate entre l'affection secondaire de l'assurée, soit des troubles de comportement, et l'infirmité congénitale (rétinoblastome) n° 421 OIC, a considéré que ce lien était établi au degré de la vraisemblance prépondérante, même s'il devait s'avérer que l'infirmité congénitale et le traitement chirurgical qu'elle a nécessité ne sont pas la cause unique des troubles psychiques dont souffre l'assurée (ATF 121 V 329 ). Il a également admis que la condition d'un lien de causalité adéquate « qualifiée » était réalisée, sur la base des constatations de l'expert, selon lequel il existait une connexion étroite entre l'opération (énucléation) – extrêmement mutilante pour toute personne et a fortiori pour un enfant en bas âge – nécessitée par le traitement de l'infirmité congénitale et les troubles psychiques sévères présentés par l'assurée, admettant à cet égard qu'il est dans le cours ordinaire des choses et conforme à l'expérience de la vie qu'une fillette de cet âge, absolument pas préparée à une telle mutilation, puisque l'intervention avait dû avoir lieu très rapidement après la découverte de la maladie, subisse un traumatisme psychique propre à entraîner des troubles de la personnalité, tels que ceux qui avaient été diagnostiqués. Selon le chiffre 11 de la circulaire sur les mesures médicales enfin, « 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 ». 6. En vertu de l'art. 12 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. 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 ; ATF non publié 9C\_1074/2009 ). Aux termes de l'art. 2 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate. 7. 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). 8. En l'espèce, il n'est pas contesté que CA\_\_\_\_\_ présente notamment l'infirmité congénitale classée sous chiffre 390, visant les paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques [dystoniques et choréo-athétosiques], ataxiques). 9. L'OAI a rejeté la demande visant à la prise en charge de mesures médicales, sur la base de l'art. 13 LAI, considérant qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'infirmité congénitale et l'affection psychiatrique. Les parents de l'enfant considèrent au contraire qu'il n'y a pas deux affections différentes, soit un trouble neurologique et un trouble psychiatrique lié au

retard mental, mais bien une seule affection qui est la cause des altérations du comportement lors de la puberté et est consécutive à l'OIC 390. Ils se réfèrent aux conclusions de la Dresse M\_\_\_\_\_ selon lesquelles, l'anxiété, l'agressivité et l'impulsivité qui ont nécessité l'hospitalisation de CA\_\_\_\_\_ à Belle-Idée, sont des symptômes comportementaux – et non des troubles du comportement déclenchés par la puberté - et s'inscrivent dans le contexte de son infirmité congénitale. 10. Dans un rapport du 26 août 2009, le Dr L\_\_\_\_\_ retient notamment l'existence d'un retard du développement psychomoteur et du langage et d'un trouble du comportement.![endif]>![if> La Dresse M\_\_\_\_\_ a expliqué que selon la littérature consacrée à l'étude de la puberté, la difficulté à comprendre et gérer les changements corporels et les nouvelles perceptions qui y sont reliés peut participer à l'apparition des symptômes tels que ceux présentés par CA\_\_\_\_\_, qui sont selon elle étroitement liés à son infirmité congénitale, soit l'OIC 390, dans le sens que celle-ci ne lui permet ni de comprendre, ni de gérer, ni d'intégrer tous ces changements (cf. notamment certificat du 16 janvier 2013). Le Dr L\_\_\_\_\_ se borne à affirmer, le 19 mars 2013, que le trouble du comportement dont CA\_\_\_\_\_ est atteint s'inscrit tout à fait clairement dans la problématique globale de son syndrome classé sous chiffre 390, sans toutefois motiver cette conclusion. Le Dr O\_\_\_\_\_ partage cet avis, considérant que dans le cas de CA\_\_\_\_\_, les troubles de l'organisation mentale liés à sa maladie n'ont certainement pas permis un réarrangement cérébral harmonieux. Il se déclare convaincu que si d'autres patients se présentaient, porteurs de la même anomalie, on constaterait les mêmes troubles au même stade du développement et de la croissance. Le médecin du SMR est d'avis, comme le sont les médecins traitants, que le processus pubertaire est l'élément déclenchant à l'atteinte. Il conclut en revanche à l'absence de lien de causalité entre l'affection neurologique et l'atteinte psychiatrique, que sont les troubles présentés par CA\_\_\_\_\_. A cet égard, il relève que les médecins font état de troubles du comportement, d'un suivi pédopsychiatrique – même si la Dresse M\_\_\_\_\_ déclare qu'il ne s'agit pas en réalité d'une psychothérapie, CA\_\_\_\_\_ n'ayant ni les capacités verbales et cognitives pour y être soumis - et d'une hospitalisation en entrée non volontaire dans un service pédopsychiatrique. De plus, à sa sortie de la Clinique, ses médecins ont considéré qu'un accompagnement psychiatrique était nécessaire. 11. Force est de constater, au vu de ce qui précède, que les conclusions des médecins du SMR divergent avec celles des médecins traitants sur l'existence d'un lien de causalité entre l'infirmité congénitale et les troubles de comportement qui ont nécessité l'hospitalisation de CA\_\_\_\_\_ dans un service pédopsychiatrique. En conséquence et vu ces avis médicaux contradictoires et incomplets, la Cour de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé et qu'il se justifie d'ordonner une expertise pédopsychiatrique, laquelle sera confiée au Dr S\_\_\_\_\_![endif]>![if> \*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise pédopsychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre CA\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;![endif]>![if> 2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :![endif]>![if> 1. Anamnèse.![endif]>![if> 2. Données subjectives de la personne.![endif]>![if> 3. Constatations objectives.![endif]>![if> 4. Diagnostic(s).![endif]>![if> 5. Les troubles qui ont nécessité l'hospitalisation d'CA\_\_\_\_\_ dans un service pédopsychiatrique doivent-ils ou non être considérés comme une atteinte psychiatrique ? ![endif]>![if> 6. S'agit-il d'une affection

psychiatrique indépendante ?![endif]>![if> 7. Y a-t-il un lien de causalité entre les troubles et l'infirmitté congénitale ?![endif]>![if> 8. Peut-on dire que la symptomatologie présentée est étroitement liée à l'infirmitté congénitale, dans le sens que celle-ci ne lui permet ni de comprendre, ni de gérer, ni d'intégrer tous les changements liés à la puberté ?![endif]>![if> 9. Devait-on s'attendre à ce que CA\_\_\_\_\_ présente des troubles au moment de la puberté au vu de l'infirmitté congénitale dont il est atteint ?![endif]>![if> 10. Sont-ils dus aux changements liés à la puberté uniquement ou y a-t-il d'autres facteurs ?![endif]>![if> 11. Les troubles dont il a souffert sont-ils une aggravation d'un trouble préexistant ?![endif]>![if> 12. La puberté est-elle la cause des troubles ; est-elle au contraire un simple facteur déclenchant ? !![endif]>![if> 13. Le traitement de Risperdal prescrit est-il efficace pour CA\_\_\_\_\_ ?![endif]>![if> Représente-t-il un traitement de l'affection en tant que telle ? 14. Un suivi pédopsychiatrique tel que préconisé par la Dresse M\_\_\_\_\_ a-t-il ou aura-t-il des effets sur l'avenir de l'enfant, sur sa formation et sur l'amélioration durable et importante de l'accomplissement des travaux habituels ?![endif]>![if> 15. Toute remarque utile et proposition de l'expert.![endif]>![if> 3. Commet à ces fins le Docteur S\_\_\_\_\_ ;![endif]>![if> 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans ;![endif]>![if> 5. Réserve le fond ;![endif]>![if> La greffière Nathalie LOCHER La Présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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