





---

**EN FAIT**

1. L'enfant A\_\_\_\_\_ (ci-après l'enfant ou l'assuré), est né prématurément en 2003 à la 31<sup>ème</sup> semaine.
2. Par demande signée le 23 octobre 2003, la mère de l'enfant, Madame B\_\_\_\_\_, a déposé une demande de prestations d'assurance invalidité (ci-après AI). Le Dr D\_\_\_\_\_ de l'unité de néonatalogie centrale du département de pédiatrie a diagnostiqué une détresse respiratoire, une acidose métabolique, une suspicion d'infection néonatale, un syndrome apnées-bradycardies-désaturations, une hydrocéphalie triventriculaire stade III bilatérale, une hyperbilirubinémie, un souffle systolique fonctionnel, une anémie du prématuré et de légers troubles moteurs cérébraux.
3. Par attestation du 16 juillet 2004, le Dr E\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint à l'Hôpital des enfants, a indiqué que A\_\_\_\_\_ avait présenté une hémorragie intraventriculaire de stade III, diagnostiquée à deux jours de vie, ayant pour conséquence une hydrocéphalie congénitale (OIC 386). Elle s'ajoutait à l'OIC 494 (nouveau-né ayant à la naissance un poids inférieur à 2'000 grammes, jusqu'à la reprise d'un poids de 3'000 grammes).
4. A une date non précisée dans le dossier, une dispégie spastique (OIC 390) a été diagnostiquée et annoncée à l'office de l'assurance invalidite (ci-après OAI).
5. Par communication du 25 août 2004, l'OAI a admis l'octroi de mesures médicales pour l'OIC 386 du 23 octobre 2003 au 31 octobre 2013, comprenant notamment un traitement de physiothérapie.
6. Par communication du 23 novembre 2006, l'OAI a confirmé prendre en charge des frais d'ergothérapie ambulatoire médicalement prescrite, en lien avec l'infirmité congénitale n° 386.
7. Par décision du 26 mai 2008, l'OAI a reconnu à l'enfant, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007, le droit à une allocation en raison d'une impotence faible.
8. Un rapport d'ergothérapie a été rédigé par F\_\_\_\_\_ le 21 juillet 2003.
9. Dans le cadre de la révision de l'allocation pour impotent, la mère de l'enfant a indiqué que celui-ci était suivi par les Drs G\_\_\_\_\_, spécialiste de l'hydrocéphalie, H\_\_\_\_\_, orthopédiste, en physiothérapie pour la psychomotricité et par l'association Anima, pour de la psychomotricité avec un cheval. Le nom du Dr I\_\_\_\_\_, neurologue, était mentionné.
10. Dans le cadre de l'instruction relative à l'allocation pour impotent, l'OAI a mentionné en sus des médecins précités la Dresse J\_\_\_\_\_, neuropédiatre à Meyrin. Il était précisé que le Dr I\_\_\_\_\_ exerçait à l'hôpital des enfants.  
  
Sur le plan médicamenteux, seule la prise ponctuelle de Dafalgan est citée.
11. L'allocation pour impotent a été augmentée au degré moyen dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011 selon une décision du 20 mars 2012.

12. Par courrier du 12 octobre 2012, les parents de l'enfant ont sollicité des mesures médicales pour une psychothérapie. Depuis plusieurs années A\_\_\_\_\_ présentait des difficultés d'ordre psychologique (anxiété, trouble de la séparation, changements d'humeur, manque de confiance en soi, trouble du sommeil, difficulté de concentration). Il était suivi à la consultation neuropédiatrique aux HUG auprès du Dr I\_\_\_\_\_ et en parallèle à l'Office médico-pédagogique (OMP) de Meyrin (Mme K\_\_\_\_\_, psychologue et la Dresse L\_\_\_\_\_, pédopsychiatre). C'était suite aux bilans neuropsychologiques et psychiatriques qu'une prise en charge médicale et psychothérapeutique avait été conseillée.
13. Par rapport médical reçu le 5 mars 2013 par l'OAI, la Dresse L\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'autres troubles anxieux mixtes (F 41.3), diagnostic posé pour la première fois en mai 2008 et perturbation de l'activité et de l'attention (F 90.0). Elle a fait référence au bilan neuropsychologique des HUG, établi en octobre 2011 (à l'âge de 8 ans), lequel mettait en évidence un déficit d'attention ainsi que dans l'auto-régulation émotionnelle, difficultés dans la coordination visuo-manuelles, faiblesse dans le raisonnement logico-mathématique. Les fonctions cognitives étaient globalement préservées (QI = 86 / ICV = 96 / IRP = 90 / IMT = 91 / IVT = 81). La Dresse L\_\_\_\_\_ a signalé une tentative de traitement à la Ritaline®, médication arrêtée au bout de deux mois en raison des effets secondaires rappelés par la mère sur l'humeur et troubles du sommeil.

La consultation thérapeutique individuelle à l'OMP avait débuté en novembre 2011 et devait se poursuivre jusqu'à l'été 2013. Idéalement la psychothérapie devait commencer à la rentrée 2013, une fois une place trouvée. La médication consistait en du Risperdal 0,5 mg le soir et de la Ritaline 5mg le matin, cette dernière ayant débuté fin janvier 2013.

14. Par avis médical du 10 juin 2013, le service médical régional (ci-après : SMR) a relevé que l'enfant avait 9 ans au moment de la demande. Le traitement avait consisté en des consultations thérapeutiques et traitement de logopédie. On ne pouvait pas considérer cela comme un traitement de l'affection comme telle. La psychothérapie rentrait plutôt dans ce contexte. Le bilan neuropsychologique établi en octobre 2011 permettait de mettre en évidence et de confirmer toutes les atteintes de l'annexe 7. La psychothérapie n'avait pas encore commencé. L'enfant n'avait dès lors pas droit à la prise en charge du traitement de cette infirmité congénitale puisque ce traitement n'avait pas débuté avant ses 9 ans révolus. En effet, par traitement du chiffre OIC 404, il fallait comprendre les traitements médicamenteux et les psychothérapies. Les consultations thérapeutiques ne pouvaient pas être prises en compte comme élément de traitement.
15. Le 17 juin 2013, l'OAI a soumis un projet de décision de refus de mesures médicales aux parents de A\_\_\_\_\_.

16. Par courrier du 9 juillet 2013, la mère de l'enfant s'est opposée aux conclusions de l'OAI. Elle a indiqué que sur la recommandation du Dr I\_\_\_\_\_, son fils suivait une psychothérapie depuis l'évaluation neuropsychologique de novembre 2011.
17. Par courrier du 10 juillet 2013, la Dresse L\_\_\_\_\_ et Madame K\_\_\_\_\_ ont communiqué à l'OAI que l'enfant avait déjà bénéficié d'une psychothérapie à l'OMP en 2008, prise en charge par l'assurance-maladie. Un suivi psychologique avait été entrepris depuis l'évaluation de 2011, visant à atténuer les symptômes anxieux très importants au début du suivi, l'agitation psychomotrice et les troubles de la concentration. Pour ce faire, l'introduction d'une médication avait également été nécessaire. Il s'agissait donc bien d'un suivi thérapeutique bifocal mis en place en novembre 2011 pour la thérapie individuelle par la psychologue et en décembre 2012 pour les consultations médicales. Les séances de logopédie hebdomadaires ainsi que les nombreux suivis médicaux surchargeaient l'emploi du temps de A\_\_\_\_\_ et expliquaient aussi pourquoi ce dernier n'avait jusqu'alors pas pu bénéficier d'une psychothérapie à fréquence hebdomadaire.

Les documents relatifs au traitement de 2008 étaient joints au courrier, notamment la confirmation par l'assurance-maladie du 11 juillet 2008 de la prise en charge d'un traitement de psychothérapie de 30 séances supplémentaires après les dix consultations déjà effectuées. Des renseignements avaient été fournis par la Dresse M\_\_\_\_\_, médecin au Service médico-pédagogique. L'information du médecin-conseil de l'assureur du 15 mai 2008 sur la prise en charge des coûts de psychothérapie indiquait un diagnostic provisoire F 91.3. Pour les modalités de la thérapie, il était mentionné des consultations thérapeutiques parents/enfant à la raison de 4 séances par mois, puis une psychothérapie individuelle à la fréquence de 8 séances par mois.

18. Le 29 juillet 2013, interpellé sur le rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_, le SMR a maintenu sa position. Il ne faisait aucun doute que le traitement médicamenteux avait débuté en décembre 2012, soit au-delà des 9 ans révolus. Du point de vue de la psychothérapie, le rapport décrivait un suivi psychologique visant à atténuer les symptômes. A strictement parler, il ne s'agissait pas d'une psychothérapie. Seule la psychothérapie ou le traitement médicamenteux était considéré comme traitement en tant que tel de l'affection. Les suivis psychologiques, ergothérapeutiques et autres n'étaient que des traitements adjuvants. Le refus devait être maintenu.
19. Par décision du 29 août 2013, l'OAI a refusé les mesures médicales en faveur de l'enfant. Il a noté que celui-ci était âgé de 9 ans au moment de la demande. Il avait jusqu'alors bénéficié de consultations thérapeutiques et de logopédie. Il ne s'agissait pas là d'un traitement de l'affection comme telle. Le bilan neuropsychologique réalisé en octobre 2011 permettait de mettre en évidence et de confirmer toutes les atteintes de l'annexe 7. Cependant, la psychothérapie n'avait pas commencé et le droit au traitement de l'infirmité congénitale n'était par conséquent pas ouvert.

20. Une copie de la décision de refus de l'OAI a été transmise à l'HELSANA ASSURANCES SA, en sa qualité d'assurance maladie de l'enfant. Par courrier du 9 septembre 2013, celle-ci a informé ne plus être l'assureur de A\_\_\_\_\_.
21. Le 11 septembre 2013, le Dr I\_\_\_\_\_, a écrit à l'OAI. La décision méritait d'être reconsidérée. A\_\_\_\_\_ était suivi de longue date par l'Hôpital des enfants dans le cadre d'une displésie spastique, forme d'infirmité motrice cérébrale qui avait été annoncée à l'OAI sous le chiffre OIC 390. Il avait d'abord été suivi à l'unité de développement puis régulièrement vu en consultation de neuro-orthopédie. Dans ce cadre sa première évaluation en 2009 montrait des difficultés modérées sur le plan graphomoteur pour lesquelles une prise en charge ergothérapeutique avait été suggérée. L'année suivante, en raison de difficultés attentionnelles, un bilan neuropsychologique avait été réalisé qui confirmait le déficit attentionnel tant sur le plan anamnestique que psychométrique. Un traitement avait alors été instauré, mais arrêté en raison d'importants problèmes thymiques. La situation avait heureusement évolué favorablement et un traitement de méthylphénidate avait été de nouveau proposé par les collègues pédopsychiatres de l'OMP. Ce traitement s'inscrivait dans le contexte d'une affection congénitale, de même que le traitement psychothérapeutique. Il paraissait surprenant de ne pas prendre en charge ces thérapies qui étaient liées à l'affection congénitale et au vécu de cet enfant porteur d'un handicap.

Un rapport du 14 décembre 2010 de la neuropsychologue N\_\_\_\_\_, service de neuropédiatrie de l'hôpital des enfants était joint.

22. Le 25 septembre 2013, le père de A\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 29 août 2013. Il intervenait au nom de son épouse et lui-même. Le suivi médical de leur fils impliquait d'évoluer de jour en jour afin que les progrès soient faits à tous les niveaux pour que sa vie soit meilleure et stable. En leur qualité de parents tout traitement qui pouvait contribuer à aider leur enfant et qui était prescrit par des médecins était favorable. Les consultations thérapeutiques et la logopédie apportaient du bien-être à A\_\_\_\_\_ et étaient importantes. Ils s'en remettaient au juge comme ils s'en étaient remis aux médecins.
23. Par avis du 9 octobre 2013, le SMR a maintenu sa position. Le traitement de l'affection en tant que telle a débuté au moment où celle-ci a été reconnue. Il n'était pas possible de considérer le premier traitement. Celui-ci avait été interrompu pendant plus de quatre ans. Il n'était pas admissible de le considérer comme faisant partie de l'affection annoncée récemment par les pédopsychiatres.
24. Par réponse du 25 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'avis du SMR du 9 octobre 2013. Les conditions du chiffre 404 OIC n'étaient pas remplies, l'assuré étant âgé de neuf ans au moment de la demande et le traitement en tant que tel n'ayant pas commencé.
25. A la demande de la chambre de céans, les parties ont communiqué les coordonnées de la nouvelle assurance maladie de l'enfant.

26. Par ordonnance du 16 janvier 2014, la CSS Assurance a été appelée en cause. Invitée à se prononcer sur le litige, elle s'en est rapportée à justice.
27. Par courrier du 28 février 2014, les parties ont été informées que la cause était gardée 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; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

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 130 V 230 consid. 1.1 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; ATF 127 V 467 consid. 1 ; ATF 126 V 136 consid. 4b et les références citées).

3. Interjeté dans le délai et dans la forme prévus par la loi, le recours est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'enfant à la prise en charge par l'intimé du traitement de l'infirmité congénitale n° 404 de l'OIC.
5. 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<sup>er</sup>). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra 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<sup>er</sup> al. 1<sup>er</sup> de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21), arrêtée conformément à l'art. 3 du règlement 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.

6. Le chiffre 404 de la liste des infirmités congénitales contenue à l'annexe à l'OIC avait, jusqu'au 29 février 2012, la teneur suivante : 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, psychosyndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile); l'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous chiffre 403.

L'OIC a subi un changement, entré en force le 1<sup>er</sup> mars 2012. Le chiffre 404 a été modifié en ce sens que sont désormais reconnus comme 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.

Selon le chiffre 404.2 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) dans sa teneur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, éditée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), le trouble doit avoir été diagnostiqué, documenté et traité comme tel avant la 9<sup>ème</sup> année. Les troubles acquis doivent être exclus du diagnostic (cf. annexe 7). Aux termes du chiffre 404.3, les troubles cérébraux congénitaux qui ne sont traités effectivement qu'après l'accomplissement de la 9<sup>ème</sup> année doivent être appréciés à la lumière de l'art. 12 LAI de la même manière que les autres troubles psychiques (voir ch. 645 à 647.1ss). 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 9<sup>ème</sup> année (voir ch. 404.2).

La version actualisée le 1<sup>er</sup> mars 2012 de la CMRM a amené d'importantes corrections et précisions concernant l'instruction et l'évaluation des dossiers médicaux présentant une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'OIC, qui font l'objet de son annexe 7. Cette annexe comprend notamment sous point 2.1 les critères de reconnaissance d'une infirmité congénitale au sens du chiffre 404. Elle précise en outre au point 1.3 s'agissant des demandes après 9 ans révolus qu'en principe, une première reconnaissance de la problématique en tant qu'infirmité congénitale au sens du chiffre 404 OIC est possible aussi après que l'enfant a atteint 9 ans. On doit alors montrer qu'un diagnostic avait été posé et un traitement médical entrepris avant cet âge. Pour poser un diagnostic, il ne suffit pas de qualifier de syndrome psycho-organique (SPO) une symptomatique de TDA/H; il faut aussi prouver par un examen que les critères indiqués au ch. 404.5 CMRM sont satisfaits. Conformément au point 1.4 de l'annexe, les troubles cérébraux congénitaux qui ne sont réellement traités qu'à partir de l'âge de 9 ans, ainsi que tous les autres troubles psychiques des enfants sont à évaluer à la lumière de l'art. 12 LAI. Un trouble qui n'aurait pas nécessité de traitement avant l'âge de 9 ans ne peut pas être admis comme infirmité congénitale.

---

Les deux conditions nécessaires à la reconnaissance d'une infirmité congénitale, soit un diagnostic posé et le début du traitement avant les 9 ans révolus de l'enfant, reposent sur l'expérience, qui démontre qu'une atteinte diagnostiquée et traitée plus tard ne découle non pas d'un trouble congénital mais plutôt d'un trouble acquis (ATF non publié 8C\_23/2012 du 5 juin 2012, consid. 5.1.1).

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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; 122 V 157 consid. 1c).

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 126 V 353 consid. 5b, 125 V 195 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 322 consid. 5a).

8. a) En l'espèce, l'intimé a analysé le droit à la prise en charge du traitement à la lumière des nouvelles dispositions réglementaires et des directives entrées en force le 1<sup>er</sup> mars 2012.

Cette manière de faire est conforme aux principes de droit intertemporel exposés ci-dessus, dès lors que la demande des parents est postérieure à l'entrée en vigueur de la modification de l'OIC. En outre, s'agissant des directives, les dispositions finales et transitoires de la CMRM précisent que cette circulaire s'applique à toutes les demandes de prestations qui n'ont pas fait l'objet d'une décision au 1<sup>er</sup> mars 2012.

b) L'intimé ne conteste pas que les critères diagnostiques permettant de conclure à une infirmité congénitale au sens du nouveau chiffre 404 de l'OIC sont réalisés.

Cela ressort en effet tant du rapport du SMR du 10 juin 2013, dans lequel le médecin a admis que « toutes les atteintes » de l'annexe 7 avaient été mises en évidence lors du bilan de 2011 déjà, que de la décision querellée. Ce point n'est donc pas litigieux.

En revanche, l'intimé fonde son refus sur le fait que le traitement de l'infirmité congénitale au sens du chiffre 404 n'aurait pas débuté avant la 9<sup>ème</sup> année de l'enfant.

Le traitement au sens de l'art. 13 LAI peut comprendre le traitement de l'affection en tant que telle (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc). Par traitement d'une infirmité congénitale, il faut comprendre tout traitement médical ou mesure médico-thérapeutique sous prescription médicale visant l'amélioration ou le maintien de l'état de santé (Ulrich MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2<sup>ème</sup> éd. 2010, pp. 153-154). D'après l'art. 2 al. 3 OIC, sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate. En vertu de l'art. 2 al. 1<sup>er</sup> 2<sup>ème</sup> phrase RAI, 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. D'après la jurisprudence, une méthode de traitement est considérée comme éprouvée par la science médicale, c'est-à-dire réputée scientifiquement reconnue, si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens. L'élément décisif à cet égard réside dans le résultat des expériences et dans le succès d'une thérapie déterminée. Ces exigences, valables dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, s'appliquent également aux mesures médicales de l'assurance-invalidité. Il s'ensuit qu'un traitement qui n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, parce que son efficacité n'est pas démontrée selon des méthodes scientifiques, ne peut en principe pas davantage être alloué dans le cadre des art. 12 et 13 LAI (ATFA non publié I 588/06 du 6 octobre 2006, consid. 1 et les références).

Eu égard à ce qui précède, on peut se référer s'agissant de la définition de la psychothérapie contenue à l'art. 2 al. 2 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31). Aux termes de cette disposition, on entend par psychothérapie une forme de traitement qui: concerne des maladies psychiques et psychosomatiques (let. a); vise un objectif thérapeutique défini (let. b); repose essentiellement sur la communication verbale, mais n'exclut pas les traitements médicamenteux de soutien (let. c); se base sur une théorie du vécu et du comportement normaux et pathologiques ainsi que sur un diagnostic étiologique (let. d); comprend la réflexion systématique et une relation thérapeutique suivie (let. e); se caractérise par un rapport de travail de confiance ainsi que par des séances de thérapie régulières et planifiées (let. f); peut être pratiquée sous forme de thérapie individuelle, familiale, de couple ou en groupe (let. g).

En l'espèce, comme le révèlent les documents relatifs à la prise en charge par l'assurance-maladie et les rapports de la Dresse L\_\_\_\_\_, l'enfant a bien suivi un traitement pour l'infirmité congénitale 404 avant sa 9<sup>ème</sup> année. Il a en effet non seulement bénéficié d'un suivi dès novembre 2011 auprès de l'OMP, mais également d'une psychothérapie dès 2008 tant sous forme de thérapie familiale que par entretiens individuels. Le médecin du SMR allègue que le suivi psychologique « visant à atténuer les symptômes » évoqué par la Dresse L\_\_\_\_\_ ne constituerait pas une psychothérapie à proprement parler. On comprend mal sur quels motifs se fonde la distinction qu'il semble opérer entre un suivi psychologique visant à atténuer les symptômes et une psychothérapie. En effet, la définition de la psychothérapie contenue dans l'OPAS ne permet pas de conclure que ce type de suivi ne relève pas d'une telle thérapie. En outre, selon la circulaire, l'assurance-invalidité prend en charge la psychothérapie lorsque les troubles psychiques font partie des symptômes ou constituent une conséquence d'une autre infirmité congénitale (ch. 1045 CMRM). Elle ne contient dès lors pas non plus d'exigences précises quant au contenu et aux modalités de la psychothérapie, au regard desquelles les traitements de l'enfant en 2008 et 2011 ne constitueraient pas une telle cure. La jurisprudence a certes considéré que les seuls examens et conseils aux parents ne constituent pas un traitement (ATFA non publié I 569/00 du 6 juillet 2001, consid. 2 d). Les consultations en l'espèce excèdent cependant manifestement un tel cadre, puisque des soins ont été prodigués à l'enfant après les examens diagnostiques. Enfin, même s'il fallait admettre que le « suivi psychologique » ayant débuté en 2011 mentionné par la Dresse L\_\_\_\_\_ n'est pas équivalent à une psychothérapie, force est de constater que les séances prises en charge en 2008 par l'assurance-maladie sont en revanche qualifiées de psychothérapie tant dans le formulaire d'information du médecin-conseil de l'assurance-maladie que par la Dresse L\_\_\_\_\_ dans son courrier du 10 juillet 2013.

Partant, eu égard aux informations sur le déroulement du traitement données par les médecins traitants, il est démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que le traitement a bel et bien commencé avant que l'enfant n'ait neuf ans révolus.

Les conditions à la prise en charge du traitement de l'infirmité congénitale 404 sont ainsi remplies.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision attaquée annulée et l'enfant mis au bénéfice de la prise en charge du traitement de l'infirmité congénitale classée sous chiffre 404 OIC.

L'intimé, qui succombe, sera condamné au paiement d'un émolument de justice de CHF 200.-.

\* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 29 août 2013.
3. Dit que l'enfant A\_\_\_\_\_ a droit à la prise en charge du traitement de l'infirmité congénitale classée sous chiffre 404 OIC.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-  
RUFFINEN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le