



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2297/2003

ATAS/42/2005

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 27 janvier 2005

3^{ème} Chambre

En la cause

Enfant V _____, soit pour lui son père, Monsieur V _____

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de _____ intimé
Lyon 97, 1211 Genève 13

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. A. V_____, né en juillet 1996, souffre d'un rétinoblastome unifocal unilatéral sporadique de l'œil gauche, diagnostiqué en janvier 1997. Une chimiothérapie de réduction a donc été entamée le 29 janvier 1997.
2. Le 30 avril 2002, Dr A_____, de l'unité d'onco-hématologie de l'hôpital des enfants a confirmé l'existence d'une infirmité congénitale (ch. 421 ; pièces 1 et 3, fourre 3 OCAI).
3. Le Dr B_____, dans un rapport du 20 mars 2003, a confirmé la présence d'un rétinoblastome unifocal unilatéral sporadique de l'œil gauche. Il a fait état d'une insécurité gravitationnelle importante, d'une lenteur dans la mise en action et la préhension du mouvement, d'une prédominance à l'exploration de l'hémispace en lien avec le déficit visuel et de difficultés de concentration. Selon le médecin, les difficultés de l'enfant seraient en lien avec un déficit des informations kinesthésiques mais également avec une fragilité affective. Il doit selon lui bénéficier de séances d'ergothérapie concernant tous les aspects d'insécurité gravitationnelle liés au déficit de l'intégration des stimuli vestibulaires et proprioceptifs (proprioception = sensibilité propre aux os, aux muscles, aux tendons et aux articulations et qui renseigne sur la statique, l'équilibration, le déplacement du corps dans l'espace, etc.). Il devrait de même pouvoir bénéficier de séances de psychomotricité.
4. Le 29 mars 2003, le père de l'enfant a demandé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) de prendre en charge les traitements d'ergothérapie et de psychomotricité de son fils.
5. Le rapport établi par Madame C_____, ergothérapeute, le 27 avril 2003, confirme le point de vue du Dr B_____, à savoir que les difficultés de l'enfant seraient non seulement en lien avec un déficit des informations kinesthésiques mais surtout avec une fragilité affective. Des séances de psychomotricité ont été préconisées.
6. Le Dr D_____, du service médical régional AI (SMR) a relevé que l'ergothérapie se justifiait par l'insécurité gravitationnelle et que cette dernière n'était pas la conséquence unique et univoque de l'atteinte visuelle mais qu'elle était aussi influencée par des facteurs extérieurs.
7. Le Dr E_____, du SMR, a pour sa part fait remarquer que l'enfant présentait une débilité mentale entrant dans le cadre de l'oligophrénie ; selon lui, une infirmité congénitale au sens du ch. 403 de l'ordonnance ne pouvait pas être

reconnue, pas plus qu'une infirmité congénitale au sens du ch. 404, car il fallait une intelligence normale et d'autres critères non investigués dès lors que le principal manquait. Il a encore envisagé le ch. 649, vu les problèmes de caractère et de comportement, mais fait remarquer que l'assurance ne pouvait intervenir qu'après l'échec d'un traitement intensif durant une année. Selon lui, la relation directe entre l'atteinte oculaire et le problème de comportement n'est pas prédominante et constitue tout au plus un facteur aggravant. Par contre, en cas de débilité mentale, ce type de trouble est fréquent et une prise en charge est pratiquement toujours proposée. Selon lui, l'ergothérapie n'est pas une méthode adéquate pour traiter les troubles du comportement et du caractère.

8. Par décision du 9 septembre 2003, l'OCAI a refusé de prendre en charge les coûts du traitement d'ergothérapie, au motif que selon les renseignements médicaux obtenus, les conditions de prise en charge de l'ergothérapie sous l'angle du ch. 421 n'étaient pas remplies.
9. Par décision du 10 septembre 2003, l'OCAI a également refusé la prise en charge du traitement de psychomotricité.
10. Le 4 octobre 2003, Monsieur V _____, père de l'enfant, a fait opposition à ces deux décisions.
11. Par décision sur opposition du 6 novembre 2003, l'OCAI a maintenu son refus s'agissant de l'ergothérapie, au motif que la prise en charge du traitement d'atteintes consécutives à une infirmité congénitale n'est possible que si les manifestations pathologiques secondaires sont en étroite relation avec les symptômes de l'infirmité congénitale et qu'aucun événement extérieur n'intervient de manière déterminante dans le processus. Or, l'OCAI a relevé qu'en l'occurrence, le recours à l'ergothérapie était justifié par une insécurité gravitationnelle, laquelle était certes la conséquence de l'atteinte visuelle mais également de facteurs extérieurs.
12. Par décision sur opposition du 7 novembre 2003, l'OCAI a également maintenu son refus s'agissant de la psychomotricité. L'OCAI a repris les motifs déjà invoqués dans sa décision du 10 septembre 2003, à savoir que, selon les renseignements médicaux obtenus, la rééducation psychomotrice ne constituait pas le complément nécessaire à des mesures médicales prises en charge par l'assurance-invalidité, qu'elle ne constituait pas non plus une mesure de soutien à de la logopédie et que les conditions permettant de la considérer comme une mesure péda-go-thérapeutique pour élève fréquentant une école spéciale n'étaient pas non plus remplies dans la mesure où l'enfant ne rentrait pas dans l'une des trois catégories énoncées (enfant handicapé mental dont le QI ne dépasse pas 75 ; assuré aveugle ou dont l'acuité visuelle binoculaire ne dépasse pas 0,3 après correction ; assuré sourd ou malentendant).

-
13. Le 26 novembre 2003, le père de l'enfant a interjeté recours contre ces décisions. Il a produit un rapport médical établi le 18 novembre 2003 par la Doctoresse F _____, psychiatre psychothérapeute pour enfants et adolescents, attestant qu'A. avait subi de multiples interventions jusqu'en septembre 2001, que la vision de son œil gauche était proche de 0 et que son œil droit était atteint d'astigmatisme. La doctoresse a expliqué qu'elle suivait l'enfant depuis l'âge de cinq ans et demi en raison de troubles caractériels, d'une grande lenteur et d'un retard dans les acquisitions psychomotrices. Elle a fait mention d'un QI verbal de 76, d'un QI de performance de 87 et d'un QI global de 79. Elle a expliqué que l'enfant souffrait d'un retard d'environ une année et demie, d'une lenteur importante, d'un manque de mobilité mentale, d'une difficulté à s'adapter à des stimuli qui varient, d'un manque de curiosité et d'activité dans l'exploration. Selon elle, le diagnostic de syndrome psycho-organique (ch. 404) peut se discuter, d'autant plus que les résultats de QI sont dans les normes inférieures. Une indication de psychothérapie a été posée afin de « juger de la mobilité des symptômes en cherchant à atteindre le côté comportemental ». En raison d'une bonne adaptation en 2ème primaire, il a été renoncé au traitement. Mais les médecins qui le suivaient ont préconisé un traitement bref d'ergothérapie d'intégration sensorielle qui a été par la suite dirigé sur la psychomotricité, laquelle a permis le déblocage de l'enfant dans les activités physiques normales de son âge. En revanche, des troubles du comportement sont apparus, qui ont conduit les parents à redemander une prise en charge psychothérapeutique. En conclusion, selon le médecin, le traitement d'ergothérapie et de psychomotricité se justifie en raison de troubles psycho-organiques, à raison d'une fois par semaine en tout cas.
14. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans son préavis du 9 février 2004, a conclu au rejet du recours. Il conteste l'existence d'un lien de causalité naturel et adéquat entre l'affection secondaire de l'enfant – c'est-à-dire l'insécurité gravitationnelle et les troubles caractériels - et l'infirmité congénitale dont il est atteint. Il relève que, selon le Dr B _____, les difficultés de l'enfant seraient certes en lien avec un déficit des informations kinesthésiques mais également avec une fragilité affective, ce qui a été confirmé par Madame C _____. Il a en effet été relevé que la difficulté à se mettre en action et la variabilité des performances de l'enfant - en lien avec le contexte affectif et la difficulté à trouver en lui les ressources nécessaires pour supporter la séparation d'avec ses parents - faisait penser à un trouble de l'estime de lui. L'autorité intimée s'est également référée à l'avis du Dr D _____, selon lequel l'insécurité gravitationnelle et les troubles caractériels ne sont pas uniquement la conséquence de l'atteinte visuelle mais aussi celle de facteurs extérieurs à l'atteinte congénitale. L'autorité intimée estime par ailleurs que les traitements d'ergothérapie et de psychomotricité ne peuvent pas non plus être pris en charge sur la base du chiffre 404 de l'ordonnance, lequel ne peut entrer en ligne de
-

compte que chez les sujets d'intelligence normale, alors que l'enfant présente en l'occurrence une débilité mentale. Enfin, elle a relevé que, selon le SMR, l'ergothérapie n'était pas une méthode adéquate pour traiter les troubles du comportement et du caractère, ce qui a été confirmé par le fait que l'enfant n'a d'ailleurs bénéficié que d'un bref traitement d'ergothérapie avant d'être orienté sur la psychomotricité.

15. Dans sa réplique du 18 mars 2004, le père de l'enfant a contesté l'absence de lien de causalité entre l'infirmité congénitale et ses troubles. Il admet que l'enfant souffre d'une fragilité affective, explique qu'il a traversé des situations difficiles en rapport avec son cancer et que cette fragilité est donc tout à fait compréhensible. Il s'insurge par ailleurs de ce que le Dr D_____ se soit prononcé sans avoir jamais examiné son fils. Il conteste que ce dernier ne soit pas d'une intelligence normale et relève qu'il poursuit sa deuxième année d'école primaire et qu'il passera en troisième aisément. Il produit à l'appui de ses dires un courrier de l'institutrice dont il ressort que l'enfant a d'excellentes capacités intellectuelles, qu'il suit bien les activités, qu'il est particulièrement bon en mathématiques et dans les représentations du temps et de l'espace, que les appuis dont il bénéficie tels que la psychomotricité et psychothérapie lui sont très bénéfiques et lui permettent d'acquérir de plus en plus d'aisance dans la gestion de ses mouvements et dans l'organisation de son matériel. Le recourant relève encore que selon la classification internationale des maladies mentales de l'OMS, la débilité mentale légère est diagnostiquée lorsque le QI est situé entre 50 et 69, alors que les tests subis par son fils en mai 2002 concluent à un QI de 79. Par ailleurs, il invoque la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, alléguant que l'assurance invalidité a déjà été condamnée à prendre en charge les frais de psychomotricité d'un enfant dont le cas était semblable à celui d'A., à la différence près que ce dernier a pu garder son œil même s'il ne lui est pratiquement d'aucune utilité.
16. Le Dr G_____, pédiatre et neuropédiatre, a établi un rapport médical en date du 22 mars 2004, concluant à une « dyspraxie développementale associée à un trouble de la personnalité en présence de capacités intellectuelles normales ». De ce rapport, il ressort que l'examen neurologique met en évidence un trouble de l'acuité visuelle et de l'oculo-motricité à gauche, une hypotonie des membres prédominants aux membres supérieurs, un trouble de l'organisation du geste et de la coordination, en particulier oculo-manuelle, ainsi qu'un trouble plus discret au niveau de l'équilibre ; au niveau des fonctions supérieures, le vocabulaire est dans les normes inférieures mais il existe de bonnes capacités en lecture ; on retrouve un trouble visuo-constructif mais surtout on objective un déficit attentionnel. Le médecin fait état d'une amélioration sur le plan verbal depuis 2002, bien que les tests de performance soient restés relativement inchangés. Selon lui, l'origine du trouble développemental peut éventuellement s'expliquer

par les antécédents de l'enfant - en particulier par l'épreuve qu'a constitué le traitement onco-hématologique du rétinoblastome - mais également par des raisons familiales. Il a exprimé l'avis que la poursuite du traitement de psychomotricité était indiquée.

17. Le 5 avril 2004, l'OCAI a maintenu sa position.
18. Par courrier du 19 avril 2004, le Dr H _____, du service universitaire d'ophtalmologie de l'hôpital Jules-Gonin à Lausanne, s'est déclaré surpris de la décision de refus de prise en charge des traitements de psychomotricité et ergothérapie. Il allègue que le retard psychomoteur de l'enfant est en relation avec le syndrome et avec la vision monoculaire (tumeur maculaire de l'œil gauche) et qu'une prise en charge des frais est donc pleinement justifiée.
19. Les pièces ont été communiquées et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI ; cf. art. 1 let. r et 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est donc établie.
3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-invalidité. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)

s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) est recevable en la forme.
5. 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.
6. En vertu de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Les mesures médicales accordées conformément à cette disposition 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).
7. 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).
8. En l'espèce, l'autorité intimée ne conteste pas le fait que l'enfant souffre d'une infirmité congénitale. Seul est litigieux le point de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les affections secondaires de l'enfant, c'est-à-dire l'insécurité gravitationnelle et les troubles caractériels, et cette infirmité congénitale, de manière à ouvrir droit aux mesures médicales.

Le recourant invoque l'arrêt rendu par le TFA en date du 12 octobre 2001 (op. cit.), lequel avait admis la prise en charge par l'assurance-invalidité des frais de traitement de la rééducation psychomotrice d'un enfant souffrant de rétinoblastome.

L'OCAI nie quant à lui que les affections secondaires dont souffre l'enfant soient en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale et rappelle qu'il importe 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.

9. Dans l'arrêt auquel se réfère le recourant, l'enfant souffrait également d'une infirmité congénitale sous la forme d'un rétinoblastome, ainsi que de troubles du comportement. Le TFA a admis l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate, « même s'il devait s'avérer que l'infirmité congénitale et le traitement chirurgical qu'elle a nécessité n'étaient pas la cause unique des troubles psychiques ». Il a en effet constaté qu'il ressortait des constatations de l'expert qu'il existait une connexion étroite entre l'opération nécessitée par le traitement de l'infirmité congénitale et les troubles psychiques sévères présentés.

L'expert était arrivé à la conclusion qu'il ne pouvait pas déterminer l'existence d'une étroite connexion entre le trouble d'ordre psychique spécifique de l'enfant (trouble de la personnalité narcissique) et les symptômes de l'infirmité congénitale. Il avait toutefois constaté que les troubles psychiques n'étaient apparus qu'après l'infirmité congénitale et qu'aucun élément pathologique anamnestique n'était présent avant le diagnostic de rétinoblastome. L'expert avait également expliqué que l'opération avait provoqué une perte du champ visuel avec pour conséquence une limitation très importante dans l'évolution physique et psychique de l'enfant (sentiment d'insécurité, de dévalorisation de sa propre image, limitation importante, difficultés dans les relations interpersonnelles). De même, selon lui, face à la perte de l'organe et de sa fonction, l'enfant a présenté des troubles de comportement (agitation, crises de colère) en rapport causal avec cette perte. L'avis de l'expert a été confirmé par celui du médecin traitant. Enfin, l'expert a confirmé qu'après toute intervention mutilante, le deuil de la fonction s'accompagnait d'une réaction dépressive, variable en profondeur et en durée, et pouvant nécessiter un traitement spécialisé associant parfois une intervention psychothérapeutique à un traitement médicamenteux.

Au vu de ces considérations, le TFA a admis que le lien de causalité dans la mesure où il existait une connexion étroite entre l'opération d'énucléation - extrêmement mutilante pour toute personne et a fortiori pour un enfant en bas âge - et les troubles psychiques sévères présentés par l'enfant. Il a en effet estimé qu'il était dans le cours ordinaire des choses et conforme à l'expérience de la vie

qu'une fillette en bas âge subisse un traumatisme. Qui plus est, les mesures suivies constituaient une mesure adéquate pour traiter les troubles de comportement (ATFA du 12 oct. 2001 en la cause 355/01, consid. 2). Enfin, le TFA a jugé incontestable que les séances de thérapie psychomotrice, laquelle pouvait être assimilée à une mesure médicale, constituent une mesure adéquate pour traiter les troubles du comportement de l'enfant. L'expert avait d'ailleurs confirmé que la rééducation psychomotrice pouvait être utilisée dans la prise en charge de graves troubles du comportement, indépendamment de l'âge du patient.

10. En l'occurrence, il est vrai que la situation n'est pas tout à fait la même, puisque le petit A. n'a pas fait l'objet d'une énucléation. Il n'y a donc pas eu à proprement parler mutilation en ce qui le concerne. Il n'en demeure pas moins qu'il a dû également faire le « deuil » de son œil et qu'il a subi une perte importante du champ visuel. Or, l'expert, dans le cas évoqué, a indiqué que les atteintes secondaires étaient la conséquence de la perte de l'organe et de sa fonction, ce qui est le cas en l'espèce. En cela, la situation est similaire à celle que notre Haute Cour a eu à connaître. Il apparaît par ailleurs évident que la réaction d'A. et les affections secondaires dont il souffre sont identiques à celles développées par l'enfant dans ce cas (sentiment d'insécurité et de dévalorisation, difficultés dans les relations inter-personnelles). Le Tribunal de céans est d'avis que le raisonnement tenu par le Tribunal fédéral des assurances est donc applicable mutatis mutandis dans le cas présent et qu'il se justifie dès lors d'admettre le recours concernant les mesures de réadaptation.
11. Il convient toutefois de relever, s'agissant de l'ergothérapie, que la Dresse F_____ a reconnu qu'une thérapie brève suffisait, la psychomotricité pouvant par la suite se révéler plus appropriée. Il n'est donc pas exclu que l'ergothérapie finisse par ne plus répondre, à court terme, aux exigences d'utilité et de nécessité posées par la jurisprudence.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant,

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet ;
3. Constate que les séances de psychomotricité et d'ergothérapie suivies par A. V _____ doivent être prises en charge à titre de mesures médicales ;
4. Annule les décisions de refus de prise en charge de la psychomotricité et de l'ergothérapie ;
5. Dit que la procédure est gratuite ;
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement qu'elle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Janine BOFFI

La présidente :

Karine STECK

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