

EN FAIT

1. L'enfant A_____, né le _____2002, souffre d'une infirmité congénitale sous forme de perturbation de l'activité et de l'attention avec hyperactivité, pour laquelle l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a admis l'octroi de mesures médicales, soit la prise en charge des frais de traitement de cette infirmité, y compris les consultations au service médico-pédagogique (SMP) et d'éventuels traitements médicamenteux, du 8 mai 2009 au 30 novembre 2022, mois au cours duquel l'enfant aura atteint l'âge de 20 ans. La communication du 11 novembre 2009, octroyant ces mesures, précisait en outre que la prise en charge de toutes autres mesures demeurerait réservée.
2. Le 30 novembre 2011, la Doctoresse E_____ et Madame F_____, respectivement cheffe de clinique adjointe et psychologue auprès de l'office médico-pédagogique (ci-après : l'OMP), ont requis de l'OAI la prise en charge d'un traitement de psychothérapie pour l'assuré. Depuis le début des mesures médicales le 8 mai 2009, des consultations de guidance parentale avaient certes permis de soutenir sa mère dans le « processus de mise de limites avec son fils ». Toutefois, ce dernier présentait toujours de grandes difficultés de concentration et d'attention, associées à une agitation motrice importante et à de l'impulsivité, ce qui rendait le processus d'apprentissage difficile. Ainsi, un traitement de psychothérapie s'avérait indispensable.
3. Par communication du 15 décembre 2010, l'OAI a déclaré prendre en charge les coûts de la psychothérapie ambulatoire médicalement prescrite en rapport avec l'infirmité congénitale ch. 404 OIC à raison de deux séances hebdomadaires, du 1^{er} décembre 2010 au 30 novembre 2012.
4. Le 11 décembre 2012, l'OMP s'est adressé une seconde fois à l'OAI pour obtenir une prolongation de la prise en charge du traitement par psychothérapie en faveur de l'assuré. Un rapport d'évolution de Madame G_____, psychologue et psychothérapeute FSP, était annexé à cette demande. Il en ressort qu'elle suivait l'assuré depuis novembre 2010, date qui correspond au décès subit du père de celui-ci. Malgré un double processus de deuil et de « séparation-individuation » qui suivait son cours, l'assuré restait fragile et vulnérable sur le plan de l'estime personnelle, mais également au niveau comportemental et attentionnel. Même s'il évoluait plutôt favorablement sur le plan scolaire, il demeurerait indispensable de le soutenir et de le cadrer.
5. Par communication du 22 janvier 2013, l'OAI a prolongé la prise en charge des séances de psychothérapie bihebdomadaires du 1^{er} décembre 2012 au 30 novembre 2014.
6. Le 26 février 2015, le Docteur H_____, médecin interne auprès de l'OMP, a requis de l'OAI un renouvellement de la psychothérapie en faveur de l'assuré pour une durée d'au moins deux ans, ajoutant qu'il adhérerait au rapport du 18 février 2015 de Mme G_____. Selon cette dernière, l'assuré s'était rendu aux séances

deux fois par semaine jusqu'en avril 2012. Sa mère étant dans l'impossibilité d'y amener son fils à un rythme bihebdomadaire, les consultations s'étaient poursuivies à raison d'une fois par semaine d'avril à décembre 2012, avant d'être abruptement interrompues en raison du déménagement de l'assuré et de sa mère. Ce n'est qu'en automne 2013 que cette dernière, appuyée par l'OMP, lui avait demandé de reprendre les séances de psychothérapie dispensées à son fils. Outre les difficultés d'intégration sociale en général et attentionnelles en classe, il existait une nouvelle source d'inquiétude, liée à une effraction avec vol qui avait eu lieu à domicile et dont l'assuré avait été le témoin. Depuis lors, il vivait dans la peur et restait cloîtré à la maison, À la reprise des séances en automne 2013, elle avait retrouvé un préadolescent qui se défendait beaucoup d'avoir été touché par cet événement vraisemblablement traumatique. Dans la façon de réagir à celui-ci et à le partager, elle retrouvait les particularités liées à son fonctionnement, à savoir :

- défenses maniaques et besoin de maîtriser la relation ;
- grande dépendance et sentiment d'intrusion par rapport à l'imgo maternelle ;
- importante vulnérabilité narcissique et réactions de prestance ;
- difficulté à grandir en tant que garçon sans appui paternel ;
- difficulté à prendre sa place dans sa génération.

À l'annonce d'une deuxième grossesse de sa mère, puis de la naissance d'une petite sœur en _____2014, l'assuré avait mis à profit les séances de psychothérapie pour exprimer ce que ce dernier événement lui donnait à vivre. Globalement, la psychothérapie lui était bénéfique même si l'impossibilité « d'intégrer la mère et son compagnon » limitait en partie le travail thérapeutique.

7. Par avis du 6 août 2015, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), soit pour lui le docteur I_____, spécialiste FMH en pédiatrie, a estimé au regard des éléments du dossier que le traitement ne concernait pas un problème de perturbation de l'activité et de l'attention avec hyperactivité. Ainsi, cette nouvelle psychothérapie ne pouvait pas être prise en charge sous couvert du chiffre ch. 404 OIC.
8. Par projet de décision du 11 août 2015, confirmé le 25 septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prise en charge d'une nouvelle psychothérapie en se référant à l'avis du médecin SMR, ajoutant que les maladies et troubles qui, d'après l'état actuel des connaissances médicales, ne peuvent être soignés autrement que par un traitement permanent, ne relevaient pas de la compétence de l'assurance-invalidité. Une copie de cette décision a été notifiée à la caisse-maladie de l'assuré.
9. Le 12 octobre 2015, l'enfant, agissant par sa mère, Madame C_____, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 25 septembre 2015, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi de psychothérapie requise. Référence était faite à un courrier du 12 octobre 2015, portant l'entête de l'OMP et cosigné par le Dr

H_____ et Mme G_____. De l'avis de ces deux praticiens, la poursuite de la prise en charge de la psychothérapie se justifiait pour les raisons suivantes :

- Il ne s'agissait pas d'une demande de prise en charge pour une nouvelle psychothérapie mais de la suite du traitement commencé en 2010. Le traitement psychothérapeutique avait dû être interrompu pour des problèmes familiaux et un déménagement. Il s'agissait donc d'une interruption effectuée aux dépens de l'assuré, par ailleurs au bénéfice d'une décision favorable en rapport avec une infirmité congénitale ch. 404 OIC, soit un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ;
- Le rapport de suivi de Mme G_____ évoquait des répercussions affectives – troubles nets de l'affectivité et du contact – fréquemment liées au TDAH et faisant partie des critères retenus pour l'infirmité congénitale ch. 404 OIC. En outre, le comportement de l'assuré correspondait pleinement aux critères diagnostiques d'un TDAH tels que retenus par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-5), ceci tant en lien avec l'inattention que l'hyperactivité/impulsivité. Les symptômes suivants étaient souvent à l'origine de ses difficultés avec son entourage et rendaient difficile la construction d'une image positive de lui-même :

- oublis fréquents dans la vie quotidienne
- inattention dans les devoirs scolaires
- peine à rester concentré
- difficulté à écouter
- problèmes d'organisation du travail
- perte d'objets
- agitation quand il doit rester en place
- peine à attendre son tour
- propos dispersés
- tendance à s'immiscer dans les affaires d'autrui

Ces difficultés interféraient avec son fonctionnement affectif et avaient également des effets négatifs directs sur sa vie scolaire, familiale et sociale ;

- Le TDAH nécessitait une médication – méthylphénidate. Les connaissances médicales actuelles recommandaient vivement une psychothérapie comme mesure complémentaire à une telle médication. Dans le cas de l'assuré, la psychothérapie contribuait notamment à l'acceptation de cette médication. Le méthylphénidate était dispensé par le Dr H_____, dans le cadre d'une prise en charge complémentaire, comme préconisée par les recommandations de bonne pratique pour le TDAH au niveau national et international ;

- L'assuré venait de commencer l'école secondaire et entrait dans l'adolescence. L'exigence d'adaptation était donc actuellement plus forte et le soutien que lui offrait la psychothérapie s'avérait d'autant plus indispensable. Il était certes un enfant intelligent mais ses performances scolaires étaient diminuées par son trouble et le risque d'évolution vers un « trouble des conduites » était présent. Dans la mesure où le traitement diminuait l'impact du trouble sur ses performances, il y avait de bonnes raisons qu'il puisse poursuivre sa formation scolaire puis professionnelle et obtenir une activité professionnelle future ;
- Enfin, même s'il était indiqué, dans la décision entreprise, qu'un trouble pour lequel un traitement permanent était indiqué ne relevait pas de la compétence de l'assurance-invalidité, il n'en demeurait pas moins que les recommandations de bonnes pratiques préconisaient la poursuite du traitement pendant toute la période où les symptômes du trouble entravaient le fonctionnement scolaire, professionnel, social ou familial. Or, les données médicales actuelles montraient des évolutions variables du trouble TDAH à la fin de l'adolescence mais rarement une amélioration en début d'adolescence, période que l'assuré traversait précisément en ce moment.

10. Par acte du 16 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. De son point de vue, les mesures médicales de l'assurance-invalidité n'avaient pas pour objet le traitement de l'affection comme telle – domaine ressortissant en premier lieu à la compétence de l'assurance-maladie –, elles se limitaient aux mesures qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la préserver d'une diminution notable. Dans le cas particulier, la psychothérapie ne traitait pas un problème de perturbation de l'activité et de l'attention avec hyperactivité au sens du ch. 404 OIC. En effet, c'était un facteur extérieur traumatisant qui avait justifié la reprise de la psychothérapie, comme l'avait relevé le SMR dans un avis daté du 22 octobre 2015. En outre, la thérapie litigieuse était d'une durée illimitée ou de longue durée en tout cas, avec des chances de succès incertaines à la clé. Compte tenu de ces éléments, il estimait n'avoir pas à assumer le coût d'une prolongation de cette mesure.
11. Une copie de ce courrier a été transmise au recourant le 19 novembre 2015.
12. En l'absence de réplique de celui-ci, la cause a été 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'assuré étant mineur à la date de la décision querellée, il appartient à son représentant légal – sa mère en l'occurrence – d'interjeter recours (art. 8 al. 2 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA – E 5 10).

Quoique succinct, l'acte de recours permet de comprendre quelle est la décision attaquée et que le recourant en demande en substance son annulation, ainsi que requiert l'octroi de la mesure médicale requise, en se référant au rapport de l'OMP du 12 octobre 2015. Ce dernier expose les faits et les motifs du désaccord. L'écriture du recourant respecte ainsi les formes prescrites (art. 61 let. b LPGA). Pour le surplus, elle a été déposée en temps utile (art. 60 LPGA), de sorte qu'elle est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge de mesures médicales sous forme d'une psychothérapie.
4. a. Aux termes de l'art. 13 LAI, 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 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^{er} al. 1^{er} de l'ordonnance concernant les infirmités conjugales du 9 décembre 1985 (OIC ; RS 831.232.21), arrêtée conformément à l'art. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), précise que la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale, et que le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. L'art. 2 al. 3 OIC précise que sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate.

b. Une méthode de traitement est considérée comme reconnue par la science médicale, si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens. L'élément décisif réside dans le succès obtenu grâce à une thérapie déterminée. Cette définition qui est valable dans le domaine des soins médicaux de l'assurance-maladie s'applique aussi en principe aux mesures médicales de l'assurance-invalidité. Il s'ensuit qu'en principe, un traitement qui n'est pas à charge de l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie, faute de caractère scientifiquement reconnu, ne peut également pas être pris en charge sur la base de l'art. 13 LAI (ATF 113 V 53 consid. 2b/cc ; ATF 114 V 22 consid. 1a ; Michel

VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], p. 422 n. 1559). En outre, comme toute mesure de réadaptation, le traitement médical des infirmités congénitales est également soumis au principe de proportionnalité. Pour que la mesure puisse être mise à la charge de l'assurance-invalidité, elle doit ainsi être appropriée et nécessaire pour atteindre le but visé (Pratique VSI 1/2001 p. 71 consid. 4b et la référence). Les mesures nécessaires englobent également celles qui sont destinées à maintenir le patient en vie et qui sont propres à agir sur l'infirmité congénitale ou ses conséquences (ATF 102 V 45 consid. 1).

c. Selon la casuistique, la psychothérapie constitue en principe une méthode de traitement scientifiquement reconnue pour le traitement de personnes affichant un comportement irritable ou apathique ; dans le cadre d'une d'oligophrénie congénitale (ch. 403 OIC), une telle conclusion ne s'interdit pas d'elle-même : il est nécessaire d'examiner si de l'avis des médecins appelés à se prononcer sur le cas particulier, une psychothérapie constitue une mesure appropriée, nécessaire et proportionnée au regard du comportement évoqué (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 309/05 du 1^{er} décembre 2005 consid. 2.2.4 et la référence). Aux mêmes conditions, une psychothérapie peut être mise à la charge de l'assurance-invalidité comme partie d'un traitement de troubles alimentaires, plus particulièrement d'une désaccoutumance à une sonde gastrique provisoirement posée en raison d'une malformation du système nerveux (cf. ch. 318 OIC ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1036/2009 du 1^{er} mars 2010).

5. Le ch. 404 de l'annexe à l'OIC (dans sa version en vigueur à partir du 1^{er} mars 2012, applicable en l'espèce) qualifie d'infirmité congénitale les « troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année; l'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous ch. 403 ».

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 29 février 2012, le ch. 404 qualifiait d'infirmité congénitale les « troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (syndrome psycho-organique, psychosyndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile) [...] ».

Le ch. 404 OIC, reformulé au 1^{er} mars 2012, reproduit désormais la définition médicale du trouble déficitaire de l'attention (TDA), éventuellement doublé d'une hyperactivité (TDAH) en n'employant plus le terme « symptôme psycho-organique ». Toutefois, la jurisprudence rendue à propos de l'ancienne version du ch. 404 OIC conserve en principe toute sa pertinence (cf. Ulrich MEYER/ Marco

REICHMUTH in Hans-Ulrich STAUFFER/ Basile CARDINAUX [éd.], *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, 3^{ème} éd. 2014, n. 51 ad art. 13 LAI).

Selon la jurisprudence, il est reconnu dans le monde médical que les symptômes du syndrome psycho-organique (SPO) et du TDAH provoquent ou s'accompagnent d'autres maladies psychiques telles que la dépression, les troubles anxieux ou de dépendance. Le SPO/TDAH constitue une maladie complexe comportant un large spectre de symptômes se manifestant par des problèmes émotionnels – faible estime de soi, manque d'assurance, irritabilité, manque de motivation, humeur labile – de l'agressivité ou des états dépressifs. Les symptômes du TDAH apparaissent du plus jeune âge jusqu'à l'âge adulte, avec des particularités propres à l'âge et au sexe du sujet concerné. Chaque enfant souffrant d'un tel trouble présente des limitations qui peuvent varier dans leur forme et leur intensité d'un sujet à l'autre. Aux particularités de chacun correspondent ainsi des besoins thérapeutiques différents. Peuvent par exemple se manifester à l'adolescence : l'inattention, l'envie de rien, le refus de fournir des prestations, l'opposition agressive, la diminution importante de l'estime de soi, des peurs et des dépressions ; des contacts avec des groupes marginaux, une propension à la délinquance, à la consommation d'alcool et de stupéfiants (arrêts du Tribunal fédéral 9C_917/2011 du 28 mars 2012 consid. 3.2 et I 29/06 du 9 août 2007 consid. 6.1).

6. a. Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente. Il doit exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien très étroit de causalité adéquate (ou rapport de causalité adéquate qualifié: ATF 129 V 209 consid. 3.3, 100 V 41 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 438/02 du 14 octobre 2004, SVR 2005 IV no 22 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/98 du 19 mai 2000, VSI 2001 p. 75 ss. consid. 3a). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 576/05 du 25 novembre 2005 consid. 3.1 et les références). Ce n'est que si ce lien de causalité qualifié entre l'atteinte secondaire à la santé et l'infirmité congénitale est donné et si le traitement se révèle en outre nécessaire que l'assurance-invalidité doit prendre en charge les mesures médicales dans le cadre de l'art. 13 LAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 355/01 du 12 octobre 2001 consid. 1; VSI 2001 p. 75 consid. 3a; ATF 100 V 41 et les références).

À 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 355/01 du 12 octobre 2001 consid. 1 ; ATF 123 V 103 consid. 3d et 139 consid. 3c, 111 V 188 consid. 2b).

b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 1962 p. 215 ss), 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 ch. 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 du Tribunal fédéral des assurances I 125/96 du 7 novembre 1997, entre le syndrome de Prader-Willi et l'obésité (VSI 2001 p. 76 consid. 3b), entre le rétinoblasme ayant nécessité l'énucléation de l'œil gauche de l'assurée alors âgée de trois ans et les troubles du comportement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 355/01 du 12 octobre 2001). 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 du Tribunal fédéral I 218/97 du 22 janvier 1998), enfin entre une épilepsie congénitale et des lésions aux dents consécutives à une chute (VSI 1998 p. 255 consid. 2b).

c. Dans un arrêt 9C_917/2011 du 28 mars 2012, le Tribunal fédéral, amené à traiter le point de savoir s'il existait un rapport de causalité adéquate qualifié entre l'affection secondaire de l'assurée – troubles dépressifs et du comportement – et un TDAH (ch. 404 OIC), a considéré que ce lien était établi au degré de la vraisemblance prépondérante, même si les troubles dépressifs étaient apparus à la suite de facteurs psychosociaux – diagnostic de leucémie posé chez sa sœur et problèmes conjugaux des parents. En effet, les médecins avaient exposé de manière convaincante que le TDAH avait empêché l'assurée de trouver en elle-même les ressources nécessaires pour faire face aux facteurs psychosociaux évoqués, dont les conséquences cliniques nécessitaient un accompagnement thérapeutique intensif – séjour dans un établissement de soins. Aussi le Tribunal fédéral a-t-il admis l'obligation de prendre en charge une telle mesure médicale dans son principe, en application des art. 13 LAI et 3 al. 2 LPGA.

d. Selon le chiffre 11 de la circulaire sur les mesures médicales (CMRM) 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 ».

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

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.

b. L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1).

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, 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, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 532/04 du 8 février 2005 consid. 2.3 et les références citées).

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 p. 279, 115 V 191 consid. 3 p. 194 ss, arrêt du Tribunal fédéral 9C_850/2011 du 5 avril 2012 consid. 4.2).

8. 9. 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).
9. 10. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice – par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait –, ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

10. a. En l'espèce, la prise en charge initiale des mesures médicales reposait sur les indications données le 23 septembre 2009 par la Doctoresse J_____, alors cheffe de clinique auprès du service médico-pédagogique (SMP) et de Madame F_____, psychologue. Celles-ci avaient posé le diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention avec hyperactivité (F90.0) selon la classification de la CIM-10, précisant que celui-ci constituait une infirmité congénitale au sens du ch. 404 OIC. Dans le questionnaire « en cas de psychothérapie » complété le même jour, elles ont indiqué que l'objectif principal de la psychothérapie n'était pas le traitement de l'affection comme telle, mais le développement des compétences relationnelles et communicationnelles du recourant, afin de lui permettre une meilleure intégration sociale et scolaire, ainsi qu'une amélioration des capacités attentionnelles et des processus d'apprentissage.

On relèvera toutefois qu'en tant que le TDAH avait été diagnostiqué avant la neuvième année et que tous les traitements – par médication notamment – avaient également commencé avant la fin de la neuvième année de vie, les conditions du ch. 404 OIC, relatives à la prise en charge de la psychothérapie étaient a priori également réalisées sous l'angle de l'art. 13 LAI (cf. ch. 404.3 CMRM), c'est-à-dire du point de vue du traitement de l'affection comme telle.

L'examen des rapports successifs de Mme G_____ révèle que la psychothérapie a commencé, en décembre 2010, suite au décès du père du recourant, et qu'à la base de la demande de prolongation de cette mesure en date du 26 février 2015, le rapport de la psychologue du 18 février 2015 fait état de plusieurs facteurs psycho-sociaux – cambriolage vécu en direct dans l'appartement familial en 2013, grossesse de la mère et naissance d'une petite sœur en 2014 – et souligne la mise à profit des séances de psychothérapie pour permettre au recourant de partager ces événements, respectivement « exprimer ce que [la naissance de sa petite sœur] lui donnait à vivre : colère, sentiment d'abandon, d'exclusion [...] », étant précisé que la poursuite de cette thérapie semblait une « mesure importante de soutien à la suite du développement » du recourant dans le contexte des « enjeux liés à l'entrée dans l'adolescence ». À cet égard, le rapport du 12 octobre 2015 mentionne l'existence d'un risque d'évolution vers un « trouble des conduites » à l'adolescence.

b. Même si les rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas d'affirmer, en l'état, que la psychothérapie concernait en réalité le traitement de l'affection comme telle dès le départ, en complément de la médication par méthylphénidate, il ressort quoi qu'il en soit du rapport de Mme G_____ du 18 février 2015 que la psychothérapie poursuivait clairement une telle finalité à partir de l'automne 2013 au plus tard, et qu'un résultat certain de cette mesure n'était toujours pas en vue en février 2015, après plus de quatre ans de traitement. En effet, le Dr H_____, dans son courrier du 26 février 2015 à l'intimé, a sollicité une prolongation de la prise en charge de la psychothérapie pour une durée d'au moins deux ans si possible. Il est vrai que dans ce courrier, le médecin met notamment en avant la progression scolaire pour justifier la poursuite de la psychothérapie. Cet aspect n'est toutefois

pas déterminant dans le présent contexte (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_850/2011 du 5 avril 2011 consid. 4.2 pour un cas et une appréciation similaire). Ainsi, la décision querellée ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle retient qu'une prolongation de la prise en charge de la psychothérapie ne satisfait pas aux réquisits de l'art. 12 LAI.

c. En l'état du dossier, il n'est cependant pas possible de se prononcer sur le droit du recourant à des mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI, plus particulièrement à une psychothérapie. À vrai dire, la question n'a pas été véritablement instruite par l'intimé et l'ensemble de l'argumentation développée dans la décision querellée s'articule autour de l'art. 12 LAI. À eux seuls, les rapports des médecins de l'OMP et de Mme G_____ ne permettent pas de comprendre si les « particularités liées au fonctionnement » du recourant, mentionnées dans le courrier du 18 février 2015, constituent des symptômes du TDAH diagnostiqué par la Dresse J_____ en 2009 ou des affections secondaires présentant, le cas échéant, un rapport de causalité adéquate qualifié avec cette infirmité congénitale (cf. ci-dessus : consid. 7c et la référence).

Ainsi, les rapports évoqués ne répondent pas aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. Dans ces circonstances, ils ne permettent pas de se prononcer sur le droit à la prise en charge d'une psychothérapie nécessaire au traitement du TDAH.

Il y a donc lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et décision sur ce point. L'intimé devra établir si, d'une part, les manifestations pathologiques secondaires au TDAH, sous forme de peur et d'isolement, lesquels ont motivé la reprise de la psychothérapie, sont en étroite connexion avec les symptômes de cette infirmité congénitale et, d'autre part, si les difficultés et particularités liées au fonctionnement du recourant, soit les défenses maniaques, le besoin de maîtriser la relation, la grande dépendance et sentiment d'intrusion par rapport à l'imaginaire maternelle, l'importante vulnérabilité narcissique, les réactions de prestance, les difficultés à grandir en tant que garçon sans appui paternel et à prendre sa place dans sa génération, doivent être considérés, en tout ou partie, comme des symptômes de cette infirmité ou des affections secondaires étroitement liées à celle-ci. Enfin, si ces symptômes et affections secondaires ne peuvent pas justifier une psychothérapie dans le cadre du traitement du TDAH, il appartiendrait à l'intimé de déterminer si néanmoins la poursuite, respectivement la reprise de la psychothérapie est nécessaire pour traiter cette infirmité, comme le soutiennent le Dr H_____ et Mme G_____ dans leur rapport du 12 octobre 2015.

11. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 25 septembre 2015 annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

12. Dans la mesure où le recourant est représenté par sa mère, qui agit en tant que représentant légal, et non pas en tant que conseil, le recourant n'a pas droit à des dépens (cf. ATAS/174/2013).
13. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supportera un émolument de justice de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 25 septembre 2015.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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