



## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 2000, domicilié à C. \_\_\_\_\_, a subi un attouchement sexuel par une inconnue en 2012. Les réactions comportementales et émotionnelles à ce traumatisme ont conduit à des difficultés scolaires dès le début de l'année 2013. Une médication antidépressive a alors été instaurée. Après qu'une décompensation avec des idées auto- et hétéro-agressives massives ait été constatée, son hospitalisation auprès de l'Hôpital psychiatrique de D. \_\_\_\_\_ en novembre 2013 et janvier 2014 a été décidée. Il a ensuite intégré le Centre E. \_\_\_\_\_ à F. \_\_\_\_\_. Il sera encore hospitalisé à 4 reprises entre 2014 et 2016.

Par communication du 3 mars 2015, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) a accepté de prendre en charge, du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 29 février 2016, les coûts de la psychothérapie suivie par l'assuré (dossier AI pce p. 80 s.).

B. Le 6 avril 2016, A. \_\_\_\_\_, représenté par son père B. \_\_\_\_\_, a déposé une demande de prolongation de cette mesure médicale auprès de l'OAI.

A. \_\_\_\_\_ a interrompu sa scolarité au Cycle d'orientation de G. \_\_\_\_\_ de F. \_\_\_\_\_ en début d'année scolaire 2016-2017. Il a intégré H. \_\_\_\_\_ à F. \_\_\_\_\_ et a été placé à I. \_\_\_\_\_ à F. \_\_\_\_\_ par la justice de paix depuis le 13 février 2017.

Par décision du 20 novembre 2017, l'OAI a refusé de prolonger la prise en charge de la psychothérapie ambulatoire suivie par l'assuré, motif pris que le pronostic médical était incertain (dossier AI pce p. 184 à 188).

C. En date du 15 décembre 2017, A. \_\_\_\_\_, représenté par son père B. \_\_\_\_\_, interjette recours de droit administratif à l'encontre de la décision du 20 novembre 2017 auprès du Tribunal cantonal. Il demande à ce que la prise en charge par l'assurance-invalidité de la psychothérapie ambulatoire suivie soit prolongée au-delà du 29 février 2016. Le recourant précise amener un élément nouveau, à savoir le diagnostic de psychose infantile auquel a conclu la Dresse J. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents, dans son rapport d'expertise du 30 septembre 2017 qui est joint au recours.

L'avance de frais requise de CHF 400.- a été acquittée le 10 janvier 2018.

Dans ses observations du 2 février 2018, l'autorité intimée propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. En se fondant sur la prise de position de son service médical régional (SMR), elle a noté que le recourant avait été hospitalisé à D. \_\_\_\_\_ à 5 reprises et que les traitements ambulatoires n'avaient pas atteint le but recherché en raison d'un manque de collaboration de sa part; le pronostic médical serait dès lors réservé.

D. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par le père d'un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

2.2. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

Les mesures de réadaptation comprennent notamment la prise en charge de mesures médicales (art. 8 al. 3 let. a LAI).

2.3. Aux termes de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. L'art. 2 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) précise que 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.

Cette disposition légale 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 (arrêt TF I 842/02 du 4 juillet 2003 consid. 1; ATF 104 V 79 consid. 1; 102 V 40 consid. 1 et les références citées).

La loi désigne sous le nom de « *traitement de l'affection comme telle* » les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du

point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. Ce n'est qu'au moment où la phase du phénomène pathologique labile (primaire ou secondaire) est achevée et qu'un état stabilisé ou relativement stabilisé est apparu, qu'on peut se demander - dans le cas des assurés majeurs - si une mesure médicale est une mesure de réadaptation. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, 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 (arrêt TF I 842/02 du 4 juillet 2003 consid. 1; ATF 120 V 279 consid. 3a; 115 V 194 consid. 3; 112 V 349 consid. 2; 105 V 19 et 149; 104 V 82; 102 V 42).

Des mesures visant la stabilisation s'appliquent toujours à un phénomène pathologique labile. C'est pourquoi une thérapie continue, qui est nécessaire pour empêcher la progression d'une affection, doit être considérée comme le traitement de l'affection comme telle. Par conséquent, un état pathologique qui ne peut être maintenu en équilibre que par des mesures thérapeutiques n'est pas le résultat stable d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale, quel que soit le genre du traitement. Un tel état est certes stationnaire tant qu'il peut être maintenu en équilibre, mais non pas stable au sens de la jurisprudence. Les mesures médicales qui sont nécessaires au maintien d'un état stationnaire ne peuvent donc être prises en charge par l'assurance-invalidité (arrêt TF I 842/02 du 4 juillet 2003 consid. 1; ATF 102 V 42 ss; VSI 1999 p. 130 consid. 2d et les références).

3.

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 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références citées; cf. également ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 (ATF 125 V 351).

Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4.

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si c'est à bon droit que l'autorité intimée a refusé de prolonger la prise en charge par l'assurance-invalidité de la psychothérapie ambulatoire suivie par le recourant.

4.1. Les pièces médicales suivantes ont été déposées au dossier depuis la communication du 3 mars 2015, par laquelle l'autorité intimée avait accepté de prendre en charge les coûts de la psychothérapie suivie par le recourant:

- Le rapport médical du 18 novembre 2016 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de L. \_\_\_\_\_, Centre M. \_\_\_\_\_, qui a retenu les diagnostics suivants:

- Axe I: troubles hyperkinétiques et trouble de conduite (F90.1), trouble de conduite avec dépression (F92.0), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du cannabis, utilisation nocive pour la santé (F12.1);
- Axe II: absence de trouble spécifique du développement psychologique;
- Axe III: intelligence moyenne, QI de 99 du 18 novembre 2015;
- Axe IV: lésions auto-infligées par des objets tranchants (X78);
- Axe V: communication intrafamiliales inadéquate, conflit avec les parents;
- Axe VI: incapacité sociale importante, incapacité importante dans un ou deux domaines au moins.

La psychiatre a noté que « *le patient ne parvient pas à finaliser la scolarité obligatoire en raison d'un stress important en milieu scolaire. Il est difficile pour le patient de supporter un cadre régulier mais non strict. Dans le cadre professionnel, il est envahi par des états dépressifs au point de ne pas trouver de motivation nécessaire pour finaliser ses stages* ». Elle a ensuite précisé que des mesures médicales sont nécessaires, que son patient devait suivre une « *psychothérapie à longue durée basée sur les techniques cognitivo-comportementales* » ainsi qu'un « *traitement psychopharmacologique pour gérer les angoisses et autres éléments psychodynamiques comme la tristesse et l'anxiété* ». Elle a encore relevé qu'« *entre chaque hospitalisation, un suivi psychiatrique ambulatoire est organisé mais souvent mis en échec par la mauvaise compliance du*

*patient et qui finit inexorablement par décompenser au point qu'une hospitalisation suivante devient nécessaire* ». Enfin, elle a conclu, au vu de l'évolution de la situation, à un pronostic ouvert (dossier AI pce p. 155 à 158).

- Le rapport médical du 27 mars 2017 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en pédopsychiatrie, qui a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25). Elle a considéré que « l'état psychique de [l'assuré] se détériore et pourrait évoluer à l'âge adulte vers un trouble de la personnalité (type borderline) ». Elle a estimé que son patient nécessitait une « *psychothérapie orientée en psychotraumatologie (p. ex. type EMDR) et traitement pharmacologique* ». La pédopsychiatre a conclu à un pronostic réservé (dossier AI pce p. 159 à 163).

- La prise de position du 14 août 2017 de la Dresse O.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie pour enfants et adolescents, du SMR, qui a noté que les médecins sollicités avaient posé des diagnostics différents, que l'assuré avait été hospitalisé à 5 reprises à D.\_\_\_\_\_, que la thérapie ambulatoire n'a pas aboutie à cause du défaut de collaboration de l'assuré et que le pronostic est réservé. Elle a estimé que les conditions pour des mesures médicales n'étaient dès lors plus remplies (dossier AI pce p. 182 s.).

Avec son recours, le recourant a encore produit le rapport d'expertise du 30 septembre 2017 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents. L'experte a fait état d'une « *structure psychotique déficitaire, marquée par la pauvreté des liens de la pensée, avec des angoisses de morcellement et de persécution combattues par le déni, colmatée sur un mode oppositionnel* ». Elle a diagnostiqué une psychose, ainsi qu'un « *comportement addictif: drogues, cannabis, cocaïne, cyberaddiction* ». La psychiatre a précisé que la prise en charge thérapeutique devait consister en « *un espace thérapeutique comprenant psychothérapie, art-thérapie, soutien psychiatrique, à domicile en combinaison avec des neuroleptiques, si ceux-ci s'avèrent nécessaires* ».

4.2. Dans la présente occurrence, il est manifeste que la psychothérapie dont la prolongation de la prise en charge est requise sert à traiter l'affection comme telle et qu'elle n'a pas un caractère de réadaptation, question déterminante dans le cadre de l'art. 12 LAI. En effet, les médecins qui se sont prononcés, tous spécialistes en pédopsychiatrie (sur les spécialisations des médecins appelés à examiner les demandes de prestations dans l'assurance-invalidité, cf. les arrêts TF 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 et I 211/06 du 22 février 2007 consid. 5.4.1 et les références citées), sont unanimes et ne laissent de place au doute à cet égard. Le recourant est atteint d'une pathologie psychique labile, qui a nécessité – pour des troubles hyperkinétiques et trouble de conduite (F90.1), trouble de conduite avec dépression (F92.0), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du cannabis, utilisation nocive pour la santé (F12.1) – 5 hospitalisations entre 2013 et 2016. L'expertise médicale produite par le recourant ne vient que renforcer cette conclusion, attendu que le diagnostic de psychose est considéré comme un état pathologique labile excluant par principe un droit à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité (Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI [CMRM] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] n° 641–644/841–844). L'état de santé n'a d'ailleurs cessé d'évoluer depuis 2016 (la Dresse N.\_\_\_\_\_ a retenu, le 27 mars 2017, le diagnostic de trouble de l'adaptation, avec perturbation mixte des émotions et des conduites, et la Dresse J.\_\_\_\_\_, le 30 septembre 2017, celui d'une psychose, ainsi qu'un « *comportement addictif: drogues, cannabis, cocaïne, cyberaddiction* »). Au demeurant, ainsi que l'a relevé l'autorité intimée, la durée

de la psychothérapie n'est pas limitée dans le temps (la Dresse K.\_\_\_\_\_ fait même mention d'un traitement à longue durée) et le pronostic apparaît réservé (cf. à cet égard notamment les arrêts TF 8C\_805/2009 du 26 avril 2010 consid. 3.2 et I 842/02 du 4 juillet 2003 consid. 1 et les références citées; SVR 2006 IV no 3 10; VSI 2003 104).

4.3. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a refusé de prolonger la prise en charge de cette mesure médicale par l'assurance-invalidité.

Partant, le recours doit être rejeté.

5.

Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe et compensés avec l'avance du même montant.

Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens.

### **la Cour arrête:**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de B.\_\_\_\_\_, pour le recourant, et compensés avec l'avance du même montant.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 21 novembre 2018/yho

La Présidente suppléante:

La Greffière-stagiaire: