

# **BVGer C-3408/2008 vom 16. September 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-09-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3408\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3408_2008)

FR: TAF C-3408/2008 du 16 septembre 2010

IT: TAF C-3408/2008 del 16 settembre 2010

## **Regeste**

Assurance-invalidité (divers)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

### **E. 1.3**

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

### **E. 1.4**

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références; ATF 129 V 4 consid. 1.2). En l'occurrence les dispositions de la LAI selon la 5ème révision de cette loi qui sont entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables.

### **E. 3.1**

Selon l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales, soit, selon l'art. 3 al. 2 LPGA, celles présentes à la naissance accomplie de l'enfant. En application de l'art. 13 al. 2 LAI, le Conseil fédéral a établi l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC, RS 831.232.21) laquelle ne comprend pas les infirmités dites de peu de gravité n'ouvrant pas le droit à des prestations. Les infirmités énumérées dans la liste sont exhaustives mais la liste peut être complétée, s'agissant d'infirmités congénitales évidentes, par le Département fédéral de l'intérieur (JEAN-LOUIS DUC, L'assurance-invalidité in ULRICH MEYER, Soziale Sicherheit, 2ème éd. Bâle, 2007, p. 1438; voir Pratique VSI 1999 p. 170). Selon l'art. 1er OIC, la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale et le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. Sa constatation à la naissance n'est donc pas déterminante (UELI KIESER, ATSG Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 3 n° 29). Selon l'art. 2 al. 1 OIC, le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, mais au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant. L'al. 2 énonce que le droit s'étend à toutes les mesures médicales qui se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale. L'al. 3 précise que sont réputées 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. Aux termes de l'art. 3 OIC, le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré a accompli sa 20ème année, même si une mesure entreprise avant ce délai est poursuivie.

### **E. 3.2**

Certaines situations peuvent poser de délicats problèmes de qualification. Tel est le cas lorsque l'assuré présente plusieurs infirmités ne figurant pas toutes dans la liste de l'OIC ou une infirmité due à des causes qui en partie existaient lors de la naissance et en partie sont survenues plus tard ou des symptômes multiples. Tel est le cas également d'affections secondaires à une infirmité congénitale figurant dans la liste de l'OIC. Selon les cas les mesures de l'art. 13 LAI peuvent s'étendre aux affections secondaires qui, tout en ne rentrant pas dans la liste des symptômes spécifiques de l'infirmité congénitale, constituent néanmoins souvent, selon l'expérience des médecins, la conséquence de l'infirmité elle-même. Un lien de causalité adéquate doit alors être reconnu entre l'infirmité congénitale et les troubles secondaires (Duc, op. cit., p. 1439; ATF 129 V 207 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral I 576/05 du 25 novembre 2005 consid. 3.1 et la jurisprudence citée). Il n'est pas nécessaire 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 I 576/05 loc. cit., Pra 1991 n° 214 p. 903 consid. 3b et les références). La limitation dans le temps des prises en charge selon l'OIC (par ex. l'infirmité congénitale 395) est réservée. Une abondante jurisprudence illustre les principes énoncés ci-dessus résumée dans l'arrêt I 576/05 au consid. 2.

### **E. 3.3**

En vertu des règles de coordination du droit des assurances sociales, l'art. 27 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) dispose qu'en cas d'infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA) non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. Par ailleurs, selon l'art. 52 al. 2 LAI, en matière d'infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA), les mesures thérapeutiques du catalogue des prestations de l'assurance-invalidité

sont reprises dans les dispositions et listes établies [pour cette assurance]. Les normes de coordination n'ont pas pour effet de faire supporter par la LAMal ce que la LAI ne prend pas en charge en tant qu'infirmité congénitale, encore faut-il qu'il existe une maladie et la nécessité d'un traitement médical au sens de l'art. 3 LPGA (cf. ég. KIESER, art. 3 n° 31).

#### **E. 4**

Dans la présente cause il y a lieu d'examiner, d'une part, si les céphalées d'Alison peuvent être en relation de causalité naturelle et adéquate avec les infirmités congénitales 109 et/ou 313 (et/ou 381), et, d'autre part, en cas de réponse positive, si l'oxygénothérapie prescrite par le Dr Rathgeb doit être prise en charge par l'assurance-invalidité.

#### **E. 5.1**

A sa naissance, fin 1997, l'enfant A. \_\_\_\_\_ a présenté des hémangiomes multiples au visage et au tronc. Elle a d'abord été traitée pour cela sur le plan dermatologique. Vers les deux ans et demi l'enfant a présenté des malaises qui ont été interprétés comme des phénomènes comitiaux en relation avec les anomalies cutanées, signe éventuel d'une atteinte cérébrale dans le cadre d'un syndrome de Sturge-Weber, mais des examens début 2000 n'ont pas confirmé ce pré-diagnostic. En mars 2000 A. \_\_\_\_\_ fut mis au bénéfice de mesures médicales pour les infirmités congénitales n° 109 (Naevi congénitaux, lorsqu'ils présentent une dégénérescence maligne ou lorsqu'une simple excision n'est pas possible en raison de la grandeur ou de la localisation) et n° 313 (Malformations congénitales du coeur et des vaisseaux). Dans un rapport du 22 octobre 2003 de la Dresse E. \_\_\_\_\_, il fut relevé des céphalées et une diplopie fluctuante dans le cadre d'un probable syndrome de Sturge-Weber. Dans un premier temps l'OAI-GE s'opposa à prendre en charge les problèmes visuels arguant du défaut de relation de causalité avec les affections congénitales reconnues puis admit la relation avec l'infirmité n° 313. Le problème des céphalées ne s'étant pas résout de lui-même, des investigations ont été entreprises en 2005. Une IRM cérébrale du 12 juillet 2005 ne montra pas d'augmentation de l'angiome rétinien ni de lésion intra-cérébrale mais une augmentation du nombre d'angiomes de la calotte crânienne. Une artériographie cérébrale et du cou effectuée le 20 septembre 2005 en raison des céphalées mit en évidence une anomalie du retour veineux encéphalique et une variante anatomique du drainage veineux encéphalique, des signes d'hypertension veineuse, un volumineux réseau de collatérales veineuses diploïques anormalement développées, un aspect « tirbouchonné » des veines corticales surtout au niveau de l'hémisphère droit. Le rapport des HUG du 21 septembre 2005 indiqua qu'il était difficile de formellement établir un lien entre les céphalées dont souffrait A. \_\_\_\_\_ et la variante anatomique du drainage veineux encéphalique, mais qu'il était possible en fonction des données anatomiques fournies par l'artériographie qu'il existât un certain degré de restriction à l'écoulement veineux encéphalique. En date du 6 décembre 2005 le Prof. K. \_\_\_\_\_ et le Dr L. \_\_\_\_\_ des HUG informèrent cependant le Dr F. \_\_\_\_\_ qu'il était apparu de l'opinion des participants au colloque autour d'A. \_\_\_\_\_ que la variante anatomique veineuse présentée entraînait possiblement une hypertension veineuse pouvant se répercuter cliniquement par des céphalées. A partir de mai 2006 A. \_\_\_\_\_ débuta une oxygénothérapie accessoire prescrite par le Dr F. \_\_\_\_\_ pour traiter et soulager ses céphalées parallèlement à un traitement allopathique pris en charge par l'AI. Les investigations cliniques en relation avec les céphalées ont été également prises en charge par l'AI. Le dossier ne permet pas de déterminer dans quelle mesure le traitement par oxygénothérapie a été suivi et jusqu'à quand et avec quel succès. Un rapport de Mme H. \_\_\_\_\_ daté du 13 juin 2006, soit

environ un mois après le début de l'oxygénothérapie, nota qu'A. \_\_\_\_\_ souffrait encore de maux de tête assez violents et que pour des crises aiguës la prise d'oxygène la soulageait un peu (cf. pce 109). Un rapport du 10 octobre 2007 des HUG releva qu'à l'époque la variante anatomique veineuse avait été retenue comme cause potentielle d'hypertension veineuse pouvant occasionner des céphalées et que de nouvelles investigations étaient nécessaires. Ce rapport ne fit nullement mention de l'oxygénothérapie. Dans un rapport du 13 mai 2008, la Dresse C. \_\_\_\_\_, dermatologue, à l'adresse de l'OAIE, s'opposa à ce que l'oxygénothérapie ne soit pas prise en charge par l'AI arguant que ce traitement s'inscrivait dans la thérapie et offrait à l'assurée d'avoir moins de douleurs et un meilleur état d'éveil dans sa journée. Enfin, dans son rapport du 25 juin 2008 le Dr F. \_\_\_\_\_ ne fit lui-même aucune référence à un traitement encore actuel par prise d'oxygène. La mère d'A. \_\_\_\_\_ releva cependant dans son recours que l'oxygénothérapie était bénéfique pour l'état de santé de sa fille et notamment sur sa qualité de vie.

### **E. 5.2**

L'OAIE, respectivement son service médical, soit les Drs I. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, médecins généralistes, fut d'avis que la démonstration d'une relation de cause à effet entre les infirmités congénitales n° 109 et 313 et les céphalées n'avait pas été apportée clairement par la documentation médicale. Le Tribunal de céans relève que les spécialistes des HUG n'ont pas retenu clairement dans leur dernière prise de position du 6 décembre 2005, sinon sans réserve du moins de façon suffisamment étayée et convainquante sur le plan médical, l'existence d'un rapport de causalité entre la variation anatomique veineuse au niveau du crâne et les céphalées. Dans ce dernier rapport signé notamment du Prof. K. \_\_\_\_\_, il est indiqué que "Malgré l'absence d'une hypertension du LCR franche, l'opinion des participants est que la variante anatomique veineuse présentée entraîne possiblement une hypertension veineuse pouvant se répercuter cliniquement par les céphalées dont souffre A. \_\_\_\_\_". En outre, et comme relevé à juste titre par les Drs I. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, il n'y a pas non plus au dossier d'autres rapports médicaux démontrant à satisfaction de droit l'existence du rapport de causalité en question. Toutefois, le service médical de l'OAIE n'a pas évoqué et soutenu d'autres causes, celles-ci n'apparaissant pas non plus dans d'autres documents médicaux aux actes de la cause, et le doute subsiste quant à l'origine des céphalées. Dans cette constellation d'avis non clairement affirmatifs ou négatifs, l'OAIE ne pouvait donc ni retenir ni exclure définitivement un rapport de causalité naturelle et adéquat entre les maladies congénitales n° 109 et 313 et les céphalées sans d'autres investigations médicales à effectuer par un spécialiste en la matière.

### **E. 5.3**

Il est d'ailleurs relevé que ni les rapports médicaux des HUG ni d'autres certificats médicaux ne se sont prononcés explicitement et d'une manière suffisamment claire sous l'angle des aspects scientifiques, économiques et de l'opportunité sur l'oxygénothérapie compte tenu des résultats escomptés et obtenus, le Dr I. \_\_\_\_\_ n'ayant par ailleurs pas exclu un bien fait du mode thérapeutique en question (cf. le rapport du 30 novembre 2007, voir aussi le rapport du 18 octobre 2008 pour le cas où A. \_\_\_\_\_ souffrirait d'hypoxémie). Il sied de rappeler que selon l'art. 2 al. 1 deuxième phrase RAI les mesures médicales doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate. Le cas échéant, à savoir selon le résultat des investigations concernant le lien de causalité entre les maladies congénitales n° 109 et 313 et les céphalées de A. \_\_\_\_\_, il faudra aussi instruire le dossier de ce point de

vue.

#### **E. 5.4**

Par ailleurs, et compte tenu du fait qu'au stade du recours le service médical de l'OAIE s'est expressément prononcé pour la nécessité de soumettre le cas à l'OFAS avant qu'une décision ne soit rendue sur la question générale de la prise en charge des thérapies liées aux céphalées, il sied également, s'agissant de la prise en charge de l'oxygénothérapie, que la question soit réexaminée à la lumière des prises de positions spécifiques répondant à la question, d'une part, de l'existence ou non d'un lien de causalité entre les maladies congénitales n° 109 et 313 et les céphalées et, d'autre part, du bien-fondé d'une thérapie par oxygénothérapie. Au vu du dossier, il y aura par ailleurs lieu d'élargir l'examen à l'intégration éventuellement de la maladie congénitale n° 381, question nécessitant absolument en premier lieu une prise de position du médecin traitant d'A.\_\_\_\_\_.

#### **E. 5.5**

Il se justifie dès lors de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA afin que l'OAIE, dans un délai raisonnable, requiert les prises de position médicales nécessaires, collecte la nouvelle documentation médicale établie le cas échéant depuis la prise de la décision attaquée, formule un préavis sur les questions posées par le dossier, soumette le cas à l'OFAS et ensuite rende une nouvelle décision tenant compte de la prise de position de l'OFAS. Il sied de relever dans le cadre de cette cause que selon les ch. 7 et 9 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), si une affection peut être aussi bien acquise que congénitale et que, dans le cas d'espèce, il existe des doutes sur l'authenticité d'une infirmité congénitale, l'avis dûment motivé d'un médecin spécialisé, qui tient celle-ci pour hautement probable en se fondant sur l'enseignement médical actuel, est alors déterminant (ch. 7) et en cas d'infirmités dues à plusieurs causes dont certaines existaient déjà à la naissance accomplie et dont les autres ne sont apparues que plus tard, l'AI prend en charge le traitement pour autant que les causes existant à la naissance l'emportent sur les influences externes ultérieures (ch. 9).

#### **E. 6**

Vu ce qui précède le recours est partiellement admis et la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instructions complémentaires et nouvelle décision au sens des considérants.

#### **E. 7.1**

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure, et l'avance de frais de Fr. 400.- est restituée à la recourante.

#### **E. 7.2**

La recourante ayant agi sans avoir eu recours à un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2). (dispositif à la page suivante)

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