

# FR\_GERICHTE 608 2016 250 vom 13. März 2018

FR Kantonsgericht, 2018-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2016\\_250](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_250)

FR: FR\_GERICHTE 608 2016 250 du 13 mars 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2016 250 del 13 marzo 2018

## Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré mineur, représenté par son père, lui-même assisté d'un mandataire professionnel, et directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

### E. 2

La loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) prévoit l'octroi de mesures médicales en général (art. 12 LAI) et en cas d'infirmité congénitale en particulier (art. 13 LAI; VSI 2001 consid. 1a, p. 73; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 77-108). Selon 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. En règle générale, on entend par traitement de l'affection comme telle la guérison ou l'amélioration d'un phénomène pathologique labile. L'assurance-invalidité ne prend en charge, en principe, que les mesures médicales qui visent directement à éliminer ou à corriger des états défectueux stables, ou du moins relativement stables, ou des pertes de fonction, si ces mesures permettent de prévoir un succès durable et important au sens de l'art. 12 al. 1 LAI (ATF 120 V 279 consid. 3a et les références; VSI 2000 p. 301 consid. 2a). 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 (ATF 104 V 81 consid. 1; 102 V 41 consid. 1; RCC 1981 p. 519 consid. 3a; MEYER-BLASER, p. 78 s). Aux termes de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPG; RS 830.1) jusqu'à l'âge de vingt ans révolus. Le Conseil fédéral a établi une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures ont été accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes. Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 Selon l'art. 1er OIC, sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant. La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. Les infirmités congénitales sont énumérées dans la liste

en annexe. Le Département fédéral de l'intérieur peut adapter la liste chaque année pour autant que les dépenses supplémentaires d'une telle adaptation à la charge de l'assurance n'excèdent pas trois millions de francs par an au total. D'après l'art. 2 OIC, le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, mais au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant. Lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe est nécessaire, le droit prend naissance au début de l'application de cette mesure; il s'étend à toutes les mesures médicales qui se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale. 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. L'art. 2 al. 1 et 2 OIC pose donc le principe de la rétroactivité de la prise en charge des mesures médicales, depuis le moment où le traitement s'avère nécessaire, même si l'on ne découvre l'infirmité que plus tard (ATF 120 V 89 consid. 3b; 98 V 270 consid. 2; RCC 1989 p. 224 consid. 3). Quant à l'alinéa 3, il précise que, 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 (VSI 2001 p. 77 consid. 4b; MEYER-BLASER, p. 105 s). Le chiffre 387 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale, sous le chapitre du système nerveux central, périphérique et autonome, les épilepsies congénitales, étant précisé que les formes ne nécessitant pas une thérapie anticonvulsive ou seulement lors d'une crise sont exclues. Sous le chiffre 387.1 de la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), il est mentionné que l'épilepsie, au sens de l'OIC, est en principe une notion clinique et électroencéphalographique. Le chiffre 387.6 CMRM précise encore qu'en règle générale, seuls les événements exogènes postnatals graves, et de ce fait facilement démontrables, provoquent une épilepsie symptomatique acquise. Le chiffre 390 de l'annexe OIC qualifie quant à lui d'infirmité congénitale, également sous le chapitre du système nerveux central, périphérique et autonome, les paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques [dystoniques et choréo-athétosiques], ataxiques). Selon le chiffre 4 CMRM, les infirmités congénitales au sens de l'AI sont des infirmités qui existent à la naissance accomplie. La naissance est réputée accomplie lorsque le corps de l'enfant vivant est complètement sorti de celui de la mère. La condition est également considérée comme remplie si l'infirmité congénitale n'est pas encore reconnaissable comme telle à ce moment-là, mais que, plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments nécessaires à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie.

### **E. 3**

Le litige a trait au droit de l'assuré à des mesures médicales de l'assurance-invalidité et porte en particulier sur le point de savoir si l'hémiplégie doit être considérée comme une paralysie cérébrale congénitale au sens du chiffre 390 OIC et l'épilepsie comme une infirmité congénitale au sens du chiffre 387 OIC. Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 En effet, l'infarctus ischémique cérébral ne figure pas dans l'annexe à l'OIC. Il ne saurait de ce fait ouvrir comme tel un droit aux prestations litigieuses. Il convient dès lors d'examiner si les troubles dont souffre l'assuré, pris isolément, correspondent à une des infirmités congénitales figurant dans l'annexe à l'OIC. a) Sous le chiffre 390 de l'annexe à l'OIC figurent les paralysies cérébrales congénitales spastiques, dyskinétiques (dystoniques et choréo-athétosiques) et ataxiques. Il n'est pas contesté que l'assuré souffre d'une hémiplégie spastique gauche. Par contre, l'autorité intimée estime qu'elle n'existait pas à la

naissance accomplie de l'enfant, mais qu'elle est apparue en période périnatale, ce que l'assuré conteste. Il ressort des rapports médicaux que cette infirmité n'existait pas à la naissance accomplie de l'assuré, mais qu'elle est apparue au plus tôt au jour 2 de sa vie. Ainsi, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pédiatrie, indique expressément que l'hémiplégie est survenue au 2ème jour de vie (rapport du 13 mars 2015, dossier OAI p. 154). Les autres médecins relèvent qu'elle est survenue par la suite, sans indication précise du moment. Tel est le cas de la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pédiatrie, le 28 juillet 2015 (dossier OAI p. 129), du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pédiatrie, le 10 septembre 2015 (dossier OAI p. 125), et de la Prof. I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pédiatrie et neuropédiatrie, le 14 janvier 2016 (à l'âge de 7 mois, dossier OAI p. 38) et le 10 août 2016 (dossier OAI p. 24). Il en est de même du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin du SMR (rapports du 9 novembre 2015, dossier OAI p. 120, et du 7 septembre 2016, dossier OAI p. 22). Cela étant, l'anamnèse décrite par ces médecins, dans les mêmes rapports médicaux, montre que l'hémiplégie est apparue après le transfert du recourant à l'Hôpital de E. \_\_\_\_\_, soit bien après la naissance. A noter encore que, si le Dr F. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'hémiplégie, survenue au 2ème jour de vie, il ne la retient pas comme infirmité congénitale (absence du chiffre 390 OIC à la question "existe-t-il une ou plusieurs infirmités congénitales selon l'OIC"; rapport du 13 mars 2015 précité). b) S'agissant de l'épilepsie, il faut constater que ce diagnostic n'a été retenu qu'à fin juillet 2015 au plus tôt, et encore potentiellement. Le Dr F. \_\_\_\_\_ indique le 13 mars 2015 que l'électroencéphalogramme (EEG) du 12 février 2015 ne montre pas de potentiel épileptique (dossier OAI p. 154). La Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pédiatrie et neuropédiatrie, relève également que l'EEG du 13 avril 2015 n'indique pas de potentiel épileptique sûr (rapport du 20 avril 2015, dossier OAI p. 127). Ce n'est que le 28 juillet 2015 qu'elle constate une aggravation avec potentiel épileptique typique suite à l'EEG du 27 juillet 2015 (dossier OAI p. 129). La Prof. I. \_\_\_\_\_ atteste le 10 août 2016 que l'épilepsie s'est développée à la suite des problèmes néonataux mais ne précise pas quand elle serait survenue. Dans son rapport du 14 janvier 2016, elle relève sous le chiffre 387 OIC la survenance de convulsions clono-toniques, justifiant l'infarctus ischémique, au 2ème jour de vie (dossier OAI p. 38). Il faut ainsi constater que les convulsions ne sont ici survenues qu'après l'admission du recourant à l'Hôpital de E. \_\_\_\_\_ et qu'elles sont en lien avec l'infarctus, de sorte que le potentiel épileptique n'existe pas de par lui-même. c) Il faut dès lors admettre que tant l'hémiplégie spastique gauche que l'épilepsie n'existaient pas au moment de la naissance accomplie de l'enfant selon le chiffre 4 CMRM, mais qu'elles sont survenues postérieurement, et que, par conséquent, elles ne sauraient être reconnues comme une infirmité congénitale au sens du chiffre 390 OIC, respectivement du chiffre 387 OIC. Il est ainsi correct de ne pas prendre en charge des mesures médicales à ce titre. Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 Toutefois, le traitement en lien avec ces diagnostics ne peut pas être refusé, pour un autre motif, sans des mesures d'instruction complémentaires. d) L'OAI, dans sa décision du 9 avril 2015, a octroyé des mesures médicales et pris en charge le coût du traitement des infirmités congénitales des chiffres 495 et 498 de l'annexe à l'OIC. Le chiffre 495 concerne les infections néonatales sévères, lorsqu'elles sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire, tandis que le chiffre 498 correspond aux troubles métaboliques néonataux sévères (hypoglycémie, hypocalcémie, hypomagnésémie), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire. 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 élément extérieur n'intervient de manière déterminante dans le processus. 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 (CMRM partie A4, chiffre 11; ATF 129 V 207 consid. 3.3, 100 V 41 consid. 1a). Il n'est pas nécessaire, cependant, que l'affection secondaire soit directement liée à l'infirmité; des conséquences mêmes indirectes de l'affection congénitale de base peuvent également satisfaire à l'exigence de causalité adéquate (arrêt TF I 318/90 du 4 juin 1991 consid. 3b in Pra 1991 n°214 p. 903 et les références). La décision du 9 avril 2015 ne précise toutefois pas quels troubles ont été retenus sous les chiffres 495 et 498 de l'annexe à l'OIC. Il n'est ainsi pas possible d'examiner s'il existe un éventuel lien entre les infirmités reconnues et les autres troubles dont souffre l'assuré et dont la prise en charge du traitement a été refusée au titre de maladie congénitale indépendante. Or, par exemple, l'hypoglycémie peut être une des causes des risques cardio-vasculaires, dont fait partie l'infarctus ischémique cérébral (revue médicale suisse 2008, volume 4, p. 1376-1382), ou de l'épilepsie (Larousse médical 2012, p. 332). Il y a dès lors lieu de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour examiner si des traitements médicaux de l'épilepsie (chiffre 387 OIC) et de l'hémiplégie (chiffre 390 OIC) seraient à prendre en charge par l'autorité intimée en raison de leur lien de causalité avec les infirmités congénitales chiffres 495 et 498 OIC, reconnues par décision du 9 avril 2015.

#### **E. 4**

Enfin, l'OAI a refusé à l'assuré le droit aux mesures médicales selon l'art. 12 LAI. Ce point, qui a été au demeurant correctement établi par l'autorité intimée, n'a pas été contesté par l'assuré.

#### **E. 5**

Au vu de ce qui précède, le recours est admis et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. a) La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 400.- et mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais de CHF 400.- versée le 30 novembre 2016 par les parents de l'assuré leur sera restituée. b) Ayant ainsi obtenu gain de cause, le recourant, représenté par une avocate du service juridique d'un organisme d'utilité publique (voir ATF 135 I 1), a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de la liste de frais déposée le 2 mars 2018 par sa mandataire, du temps et du travail requis ainsi que de la difficulté et de l'importance de l'affaire, il se justifie de fixer l'indemnité de partie à laquelle le recourant a droit à CHF 721.-, soit, comme demandé, 5 heures et Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 30 minutes à CHF 130.- de l'heure conformément à la jurisprudence (cf. arrêts TF 9C\_415/2009 du 12 août 2009 consid. 5.4 et 9C\_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5), plus CHF 6.- de débours, éventuelle TVA comprise, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête: I. Le recours est admis et le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. II. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à raison à la charge de l'autorité intimée. III. L'avance de frais versée le 30 novembre 2016 par les parents de A.\_\_\_\_\_ leur est restituée. IV. Il est alloué au recourant une indemnité de partie fixée à CHF 715.-, plus CHF 6.- au titre de débours, soit à un total de CHF 721.-, éventuelle TVA comprise. Cette indemnité est mise dans son intégralité à la charge de l'autorité intimée. V. 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 13 mars 2018/cso Le Président  
La Greffière-rapporteure

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