

# FR\_GERICHTE 608 2018 1 vom 20. Juli 2018

FR Kantonsgericht, 2018-07-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2018\\_1](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_1)

FR: FR\_GERICHTE 608 2018 1 du 20 juillet 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2018 1 del 20 luglio 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 11

juillet 2017, l'OAI a refusé de prendre en charge le Synagis®, les conditions n'étant à ses yeux pas remplies. E. Contre cette décision, A.\_\_\_\_\_ SA interjette recours devant le Tribunal cantonal le 29 décembre 2017 concluant à ce que le traitement de Synagis® soit pris en charge par l'assurance-invalidité et que le montant de CHF 7'695.35 avancé lui soit remboursé.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 A l'appui de son recours, l'assurance-maladie considère que, dans le cas d'espèce, le Synagis® ne constitue pas une mesure prophylactique mais constitue un traitement de l'infirmité congénitale, soit une prestation à charge de l'assurance-invalidité. Elle soutient en outre que l'infirmité congénitale est importante, ce qui a été confirmé tant par la communication du 9 octobre 2013 prenant en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale "chiffre 313" que par un avis médical spécialisé. Le 8 février 2018, A.\_\_\_\_\_ SA s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 400.- requise. Dans ses observations du 28 février 2018, l'OAI propose le rejet du recours, estimant que les conditions de prise en charge – explicitées dans des circulaires émises par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après: OFAS) – ne sont pas remplies. Par courrier du 14 mars 2018, l'assuré a été informé de la procédure et a été invité à se déterminer sur le contenu de l'échange d'écritures. Il n'a pas été donné suite à ce courrier. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes de Noël – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante étant, en tant qu'assureur-maladie, directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 13 de la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20), les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établit une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il peut exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Selon l'art. 1er de l'ordonnance du 9 décembre 1985 sur les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21), 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 La liste annexée à l'OIC mentionne parmi les infirmités congénitales au sens de ce qui précède la ténosynovite sténosante congénitale (chiffre 191), les malformations congénitales du diaphragme (chiffre 281) et les malformations congénitales du cœur et des vaisseaux (chiffre 313). 2.2. Selon 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 (al. 1). 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 (al. 2). 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 (al. 3). Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même (cf. arrêt TF I 576/05 du 25 novembre 2005, consid. 3.1). 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 TF I 438/02 du

#### **E. 14**

octobre 2004 in SVR 2005 IV no 22 p. 86; arrêt TF I 43/98 du 19 mai 2000 in VSI 2001 p. 75 ss consid. 3a). 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 (Pra 1991 no 214 p. 903 consid. 3b et les références). D'une manière générale, les mesures prophylactiques n'incombent pas à l'assurance-invalidité (MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich, 2010, art. 8 p. 96). On précisera que, dans l'arrêt 9C\_530/2010 du 31 mai 2011, le Tribunal fédéral a considéré que, même si les mesures prophylactiques n'incombaient en général pas à l'assureur social, la prescription de la préparation antivirale Synagis® à un assuré né avec une malformation cardiaque congénitale était à charge de l'assurance-invalidité. Vu que la prise de Synagis® constituait, selon le spécialiste en cardiologie pédiatrique, une mesure essentielle visant à garantir le résultat et le succès des efforts thérapeutiques conséquents consentis pour soigner la malformation cardiaque, il avait jugé que la préparation en question faisait partie intégrante d'un traitement, qui – par définition – devait tendre à la guérison du patient. Dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, la circulaire de l'OFAS sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) prévoit que le Synagis® est pris en charge par l'assurance-invalidité en cas de syndrome des membranes hyalines (ch. 247.1) et de malformations congénitales du cœur et des vaisseaux (ch. 313). Au début de la saison du virus respiratoire syncytial (VRS), les frais du Synagis® sont pris en charge chez les enfants de moins de douze mois souffrant d'une dysplasie broncho-pulmonaire sévère selon la

définition de Jobe et al. 2011, ayant nécessité un traitement médical (oxygène, diurétiques, corticoïdes) dans les six mois précédant la saison du VRS ainsi que chez les enfants de moins de deux ans souffrant d'une malformation cardiaque non corrigée ayant une incidence sur l'hémodynamique et liée à des facteurs de risque (malformation cyanogène, forte hypertension pulmonaire découlant de la cardiopathie, insuffisance cardiaque manifeste) (ch. 1023). Dans le cas d'agénésie partielle et

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 hypoplasie des poumons (ch. 243) ou de malformations congénitales du diaphragme (ch. 281), ce traitement n'est pas pris en charge par l'AI, mais par l'assurance-maladie. 2.3. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). 2.3.1. D'après l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), si les conditions de la demande de prestations sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est toutefois pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). 2.3.2. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 2.3.3. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

3. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurance-invalidité doit prendre en charge le Synagis® en rapport avec le traitement de l'infirmité congénitale dont est atteint l'assuré. Pour rappel, dans sa décision du 16 novembre 2017, l'OAI a refusé de prendre en charge ce traitement dès lors que, "selon le service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), [l'assuré] n'a pas présenté d'anomalie cardiovasculaire, mis à part un épisode limité de tachycardie sinusale, et, en raison de sa hernie diaphragmatique, a dû être intubé, puis ventilé de manière non invasive jusqu'à la 40e semaine. Une hypertension pulmonaire transitoire et une tachypnée avec hyperréactivité bronchique ont été constatées sans que [c]es manifestations correspondent à la définition d'une dysplasie broncho-pulmonaire sévère et ne répond[ent] ainsi pas aux conditions de la prescription".

3.1. Il sied, dans un premier temps, de déterminer les motifs ayant conduit les médecins à prescrire du Synagis® à l'enfant. On précisera, à cet égard, que la demande de prise en charge de ce traitement était initialement fondée sur une ordonnance du 7 octobre 2013 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, médecin auprès de l'unité de pneumologie et mucoviscidose de F. \_\_\_\_\_ (dossier OAI, p. 33). Cependant, celui-ci n'a jamais été interrogé par l'autorité intimée. Il convient dès lors de se référer aux autres pièces du dossier. La Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, a précisé que l'assuré "devrait pouvoir bénéficier d'injections mensuelles de Synagis® pour la saison RSV [virus respiratoire syncytial] 2013-2014 [...]. A noter qu'il a également présenté une tachycardie sinusale pour laquelle il a été traité jusqu'en août 2013. Un bilan cardiologique est prévu en octobre 2013 et en cas de récurrence de la

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 tachycardie, l'indication au Synagis® serait d'autant plus évidente" (dossier OAI, p. 59). Les autres médecins ne font pas mention d'un tel traitement (cf. not. dossier OAI, p. 12, 17, 52 et 73). De même, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, rappelait que le Synagis® ne constituait pas "une mesure thérapeutique de la problématique cardiologique de l'enfant (communication interventriculaire minime) mais [une] mesure préventive de complications générales" et que

la "problématique cardiologique n'a[vait] jamais été hémodynamiquement significative et avec facteurs de risque associés (malformation cyanogène, hypertension pulmonaire sévère secondaire à une cardiopathie, insuffisance cardiaque manifeste" (dossier OAI, p. 148 et 160). Pour sa part, le Dr I. \_\_\_\_\_, du SMR-D. \_\_\_\_\_ (l'identité complète et la spécialisation ne peuvent pas être déterminées), estimait que l'enfant n'était "pas atteint de cardiopathie artérielle au sens du ch. 313" mais qu'il souffrait d'une "maladie respiratoire chronique avec hyperréactivité bronchique". Dès lors, "les conditions ne sont pas remplies pour couvrir les coûts de Synagis® par l'AI" (rapport du 22 septembre 2015, dossier OAI, p. 79). Ainsi, dans le cas d'espèce, la prescription de Synagis® s'inscrivait dans le cadre de la prévention de troubles d'ordre pneumologique. Il avait une visée préventive, soit à empêcher le développement d'infections pulmonaires générées par le virus respiratoire syncytial.

3.2. La prescription ayant lieu pour un enfant de moins de douze mois ayant eu un traitement par oxygène, il reste à examiner si l'assuré souffrait d'une dysplasie broncho-pulmonaire sévère (cf. ch. 1023 CMRM). Dans un tel cas, la prise en charge du Synagis® appartient à l'assurance-invalidité. A cet égard, le Dr H. \_\_\_\_\_ concluait que si "une hypertension pulmonaire transitoire et une tachypnée avec hyperréactivité bronchique ont été constatées", celles-ci ne coïncidaient pas "à la définition d'une dysplasie broncho-pulmonaire sévère et ne correspond ainsi pas aux conditions de la prescription de Synagis®" (dossier OAI, p. 148). Cependant, la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, relevait que, durant la grossesse, avait été "visualisée une hypo-dysplasie pulmonaire avec déplacement médiastinal et dextrocardie secondaire [...]. En raison de la pathologie connue", l'enfant a été "intubé en nasotrachéal dès la naissance et ventilé par Neopuff. Une sonde est posée et mise en aspiration". "Initialement ventilé en mode VACI", il est passé en mode de "ventilation par oscillation en haute fréquence" en raison d'une "acidose respiratoire". Confirmant le diagnostic d'"hypo-dysplasie pulmonaire" à droite, la docteure demande "un suivi pneumologique" (rapport du 5 avril 2013, dossier OAI, 12; cf. ég. p. 17). Pour sa part, la Dresse G. \_\_\_\_\_ – soit le médecin ayant examiné l'enfant quant à cette problématique – précisait que l'assuré "a nécessité une intubation et une ventilation non invasive jusqu'à 40 semaines 2/7 [précision; enfant né à la semaine 35]. Il a également présenté une hypertension artérielle pulmonaire comme complication de cette malformation congénitale. [II] présente des séquelles de CLDI (Chronicle Lung Disease of Infancy) avec tachypnée persistante et hyperréactivité bronchique. Il a en effet déjà été hospitalisé en juin 2013 pour un épisode de pneumonie avec hyperréactivité bronchique. [II] devrait pouvoir bénéficier d'injections mensuelles de Synagis® pour la saison RSV 2013-2014 puisqu'il est à risque de présenter des infections sévères nécessitant une hospitalisation, voire une ventilation mécanique" (dossier OAI, p. 59). Les deux pédiatres soutiennent ainsi que l'enfant s'est vu diagnostiquer, avant même sa naissance, une dysplasie pulmonaire, laquelle s'est compliquée d'une hypertension artérielle

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 pulmonaire chez un patient à risque. La première constate l'existence d'une dysplasie pulmonaire ayant justifié une intubation et une ventilation, ce qui tend à attester la sévérité du trouble. La seconde consacre cette sévérité, dont les suites justifient à ses yeux l'administration de Synagis®. Pour sa part, le Dr H. \_\_\_\_\_ affirme au contraire que les troubles présentés par l'assuré ne rentrent pas dans la définition d'une dysplasie sévère. Il appert ainsi que les pédiatres retiennent expressément le diagnostic que le médecin du SMR semble réfuter. Alors même qu'il se fonde exclusivement sur les appréciations des médecins figurant au dossier, l'avis du médecin SMR – non spécialiste en pédiatrie – apparaît isolé. A la lecture des rapports figurant au dossier, il semble avoir

procédé à une démarche diagnostique dans un domaine qui n'est pas le sien, tout en s'écartant des constats figurant au dossier sans même avoir examiné l'assuré. Cela dépasse le rôle de conseil qui est reconnu au SMR. On le rappelle, lorsqu'il ne se fonde pas sur un examen clinique, le médecin-SMR ne peut qu'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, proposer des investigations complémentaires (cf. arrêt TF 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Pour ce motif, l'avis du médecin SMR ne saurait être suivi. On précisera à ce stade que le Dr I.\_\_\_\_\_, du SMR-D.\_\_\_\_\_, n'examine pour sa part pas cette problématique sous l'angle pneumologique, mais uniquement sous l'angle cardiologique (dossier OAI, p. 79). On l'a vu (cf. consid. 3.2), cet aspect n'entre pas en considération en l'espèce, dans le cadre d'une dysplasie pulmonaire, étant relevé que l'avis médical est trop succinct pour se voire reconnaître une quelconque valeur probante.

3.3. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour se rattache à l'appréciation de la Dresse J.\_\_\_\_\_ et à celle de la Dresse G.\_\_\_\_\_. Dans de telles circonstances, il appartient à l'OAI de prendre en charge la prescription du Synagis®. Cela justifie l'admission du recours et le renvoi de la cause pour nouvelle décision. La décision litigieuse n'avait pas pour objet le remboursement du montant avancé par l'assurance- maladie. La conclusion tendant à ce que le montant de CHF 7'695.35 soit remboursé à A.\_\_\_\_\_ SA dépasse dès lors l'objet de la contestation soumis à la Cour de céans. Il appartiendra à l'OAI de statuer sur ce remboursement par une nouvelle décision.

4. Partant, le recours, bien fondé, doit être admis, dans la mesure de sa recevabilité, et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour nouvelle décision. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant versée par le recourant lui étant restituée. Il n'est pas octroyé de dépens, la recourante étant chargée de tâches de droit public (cf. art. 133 et 139 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative, CPJA; RSF 150.1).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Le recours est admis, dans la mesure de sa recevabilité. Partant, la décision du 16 novembre 2017 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée; l'avance de frais du même montant versée par la recourante lui est restituée. III. Il n'est pas octroyé 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 20 juillet 2018/pte Le Président:  
Le Greffier-rapporteur:

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