

FR_GERICHTE 608 2018 176 vom 21. Februar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_176

FR: FR_GERICHTE 608 2018 176 du 21 février 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 176 del 21 febbraio 2019

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 auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et valablement représenté, le recours est recevable.

E. 2.1

D'après 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 LAI, 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. 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).

E. 2.2

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, physio-thérapeutiques 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 Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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

E. 2.3

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 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. Selon l'art. 1er de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant 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. 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.). 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).

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des mesures médicales de l'assurance-invalidité. Il s'agit en particulier de déterminer si la prise en charge d'une opération de la scoliose est admissible, que ce soit sous l'angle de l'art. 12 ou de l'art. 13 LAI.

E. 4.1

En application de l'art. 12 LAI, il convient d'examiner si l'intervention est de nature à rendre possible une formation professionnelle ou à améliorer de manière importante et durable la capacité de gain de l'assuré. Le dossier constitué incite à conclure que tel n'est pas le cas en l'espèce. Il ressort en effet des pièces récoltées par l'autorité intimée que les chances pour lui d'intégrer le marché du travail et/ou de poursuivre sa formation sont très faibles. A cet égard, le rapport d'orientation professionnelle réalisé en juillet 2017, soit avant même le dépôt de la demande ici litigieuse, est particulièrement éloquent. Il en ressort en effet que "selon les enseignants, A. _____ n'a pas les compétences pour envisager une formation, même dans un centre spécialisé. Notre examen confirme que A. _____ n'a pas les compétences pour envisager une formation en centre spécialisé. Actuellement, seule une intégration dans une structure protégée est envisageable au terme de la scolarité". Par ailleurs, compte tenu de l'âge de l'assuré (presque 17 ans au moment de la demande de mesures médicales), les chances d'une amélioration semblent peu vraisemblables. Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Il convient à cet égard de noter que même si des perspectives professionnelles étaient encore envisagées dans de précédents rapports d'évaluation et que des progrès dans les apprentissages y étaient mentionnés, il n'en demeure pas moins que les intervenants faisaient également part de leur retenue, signalant en particulier les nombreuses difficultés auxquelles l'assuré devait faire face. De ce point de vue, si une marge d'évolution et de progression, telle qu'évoquée par les recourants dans leurs objections du 30 mai 2016, était encore concevable à ce moment-là, tel n'est plus le cas au moment de la décision litigieuse. Dans ce contexte, les conclusions du médecin SMR, telles qu'elles figurent dans son rapport du

E. 4.2

Il convient ensuite d'examiner si l'atteinte de l'assuré est congénitale, sous l'angle de l'art. 13 LAI. Or, ainsi que l'a relevé le médecin SMR appelé à se prononcer, la scoliose idiopathique ne figure à l'évidence pas dans l'annexe de l'OIC et ne peut dès lors être prise en charge à ce titre. Par ailleurs, une prise en charge sur la base de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les mesures médicales de réadaptation (ci-après: CMRM), telle qu'évoquée par les recourants, doit également être écartée. Le chiffre 737

CMRM prévoit effectivement la prise en charge des scolioses idiopathiques, qu'il définit toutefois comme une affection non congénitale. Cela confirme en soi le fait qu'une prise en charge sur la base de l'art. 13 LAI n'est pas possible. Cela est confirmé, ainsi que le relève d'ailleurs le médecin SMR dans son rapport du 17 juin 2016, par le renvoi au chiffre 54 CMRM, lequel régit les mesures médicales de réadaptation selon l'art. 12 LAI. Or, comme il vient d'être démontré (cf. consid. 4.1), une prise en charge sur la base de l'art. 12 LAI doit être refusée. A ce stade, les conclusions de l'OAI, fondées sur l'avis du médecin SMR, sont donc confirmées.

E. 4.3

Cela étant, il convient encore de se demander si l'affection litigieuse pourrait être secondaire à une infirmité congénitale. D'après le ch. 11 CMRM, 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 (voir ch. 18). 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 (ATF 100 V 41 consid. 1a et ATF 129 V 207 consid. 3.3). En l'occurrence, le fait que le même type d'intervention ait été pris en charge pour le frère de l'assuré est particulièrement troublant. De ce point de vue, le grief des recourants, selon lesquels le refus de prise en charge de l'intervention de A. _____ est incompréhensible, est pertinent. La Cour constate en effet que les deux frères sont atteints de la même infirmité. Or, dans son rapport du 5 janvier 2018, le médecin SMR ne se prononce que de manière énigmatique à ce sujet: "A noter que le traitement de la scoliose de G. _____, frère de l'assuré, avait été pris en charge au sens de l'art. 13 LAI sous l'OIC 387, car considérée, dans un second temps, comme étant directement consécutive à l'état épileptique de G. _____. Une telle maladie congénitale initiale pouvant expliquer la scoliose de A. _____ n'est pas présente dans ce cas". Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 Il ressort du dossier (pièce 770 dossier AI) que l'OAI a précisément admis la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 387 pour l'assuré, qu'elle a par ailleurs prolongée par décision du 18 novembre 2013 (cf. pièce 897 dossier AI). Ni son rapport du 5 avril 2018, ni celui du 17 juin 2016, dans lesquels le médecin SMR évoque également cette problématique, ne fournissent d'explications convaincantes à ce sujet. En affirmant de manière quelque peu péremptoire que la scoliose de l'assuré ne se trouve pas en lien de causalité avec l'épilepsie, alors que cela semble avoir été admis pour son frère, le médecin SMR ne parvient pas à convaincre la Cour. Ce médecin généraliste aurait dû étayer son propos et expliquer en quoi la situation des deux frères, souffrant pourtant d'infirmités semblables, devait être appréciée de façon distincte. Cas échéant, il aurait pu requérir l'avis d'un confrère spécialisé en orthopédie (on peut penser au Dr E. _____) pour asseoir sa position. En l'état, il n'est en l'état pas possible d'exclure que la scoliose idiopathique présentée par l'assuré pourrait être liée à son épilepsie. Cela étant, il ne peut être d'emblée écarté que la décision relative au frère de l'assuré soit erronée, auquel cas les recourants ne pourront pas se prévaloir de leur bonne foi pour voir l'intervention de A. _____ prise en charge par l'OAI. Afin de lever ces doutes, il s'impose d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'autorité intimée, à charge pour cette dernière d'investiguer la présence (ou non) d'un lien de causalité entre la scoliose idiopathique et l'épilepsie.

E. 5

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle reprenne l'instruction conformément aux considérants et rende ultérieurement une nouvelle décision. Au vu de l'admission du recours, les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais du même montant consentie par les recourants leur sera restituée. (dispositif en page suivante) Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision attaquée est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais du même montant sera restituée aux recourants après l'entrée en force du présent jugement. III. 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 février 2019/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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