

FR_GERICHTE 608 2021 209 vom 6. April 2022

FR Kantonsgericht, 2022-04-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_209

FR: FR_GERICHTE 608 2021 209 du 6 avril 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2021 209 del 6 aprile 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 27

octobre 2021, reprenant un projet de décision du 5 mai 2021, derechef rejeté la demande de prestations. D. Par courrier portant la date du 26 mai 2021, adressé à l'OAI et reçu par celui-ci le 18 novembre 2011, son dentiste traitant s'est opposé à cette décision, demandant son annulation. Le 24 novembre 2021, B. _____ a contresigné ce courrier, lequel a été transmis au Tribunal cantonal comme objet de sa compétence le 30 novembre 2021. A l'appui du recours, le dentiste traitant soutient que l'hyperodontie est certes liée au fait que les dents 12 et 13 sont retenues par la dent 11, mais principalement par de nombreuses petites dents malformées "se trouvant palatinal de la dent 11". Le 17 janvier 2022, l'avance de frais de CHF 400.- a été payée. Dans ses observations du 25 janvier 2022, l'OAI propose le rejet du recours, indiquant que sa décision est fondée sur les avis des médecins de son SMR. Il sera fait état des arguments, invoqués par les parties 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. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité intimée qui l'a transmis d'office à l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière. Légalement représenté par sa mère qui a régularisé le recours, l'assuré est en outre directement atteint par la

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. 2.1. A teneur 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. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Aux termes de l'art. 13 LAI, 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; en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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. La liste annexée à l'OIC mentionne parmi les infirmités congénitales au sens de ce qui précède l'hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessitent un traitement au moyen d'appareils (ch. 207). 2.3. 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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 14 octobre 2004 in SVR 2005 IV n. 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 n. 214 p. 903 consid. 3b et les références citées). 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). 3. 3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge 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. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). 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 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de

leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 3.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 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. 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 LPG) 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). 4. Est en l'occurrence litigieuse la prise en charge du traitement dentaire et orthodontique de l'hyperodontie alléguée par le recourant, ce qui implique une appréciation

médicale de sa situation. 4.1. La Cour constate d'emblée que le mémoire de recours a été rédigé par le dentiste traitant du recourant, le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale. Le médecin y soutient ce qui suit: "De toute évidence un grave malentendu est à la source de votre refus de prise en charge, toutes les décisions et les arguments de votre lettre ainsi que des précédentes se basent sur l' [orthopantomogramme]. Malheureusement sur cet examen vous ne voyez pas les nombreuses dents surnuméraires qui obstruent l'éruption de la dent 11. La dent 11 incluse est bel et bien la cause de la rétention 12-13 mais la cause primaire est l'hyperodontie avec de nombreuses petites dents malformées se trouvant palatinal de la dent 11". Ce même médecin indiquait initialement que son patient présentait des dents surnuméraires bloquant l'éruption des incisives supérieures. Ceci entraine, selon lui, "clairement dans le cadre d'une prise en charge OIC no 207" (rapport du 26 mai 2021, dossier OAI, p. 69; cf. ég. p. 44). Pour sa part, l'OAI fonde son refus de prester sur les rapports des médecins du SMR, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr G. _____, spécialiste en anesthésiologie. Dans son rapport du 26 avril 2021, le premier indique ce qui suit: "Au vu de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 l'orthopantomogramme mis à disposition, la dent 11 incluse en position de biais est à l'origine d'un déplacement axial des futures dents 12 et 13 qui sont susceptibles, au vu du manque de place, d'émerger en région palatine. Le traitement préconisé par le [dentiste traitant] se justifie entièrement, mais, au sens de l'OIC, aucune hyperodontie est présente au vu des documents à disposition" (dossier OAI, p. 56). Pour sa part, le second affirme que, "selon les images disponibles sur le CD-ROM, il n'y a pas d'hyperodontie". Il confirme les conclusions de son prédécesseur (dossier OAI, p. 75).

4.2. Force est de souligner que les rapports médicaux des deux médecins du SMR ne sont pas motivés, les deux médecins nient l'existence même d'une hyperodontie sans expliquer pourquoi, se contentant de renvoyer vaguement aux documents à leur disposition, respectivement au CD-ROM d'imagerie. Or, pour sa part, le Dr E. _____ explique sommairement les motifs le conduisant à retenir la présence d'une hyperodontie, à savoir la présence de plusieurs dents surnuméraires. Il accompagne cette argumentation d'un "Cone Beam CT" de la région en cause en version imprimée. A la consulter, l'on constate que l'incisive centrale droite (dent 11) bloque effectivement deux autres dents. En outre, il convient de rappeler qu'un rapport d'un médecin SMR qui, comme en l'espèce, ne se fonde pas sur un examen clinique ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou de proposer des mesures d'instruction complémentaires. En revanche, en l'absence d'observation clinique, il ne saurait suffire pour fonder une appréciation médicale allant dans un sens contraire à l'appréciation d'un médecin traitant. Dans ces circonstances, pour être retenues, les affirmations des deux médecins du SMR devraient se fonder sur d'autres pièces du dossier. Or, tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce vu que seul le Dr E. _____ est intervenu dans cette affaire. Enfin, la Cour constate que les deux médecins du SMR ne sont pas médecins-dentistes mais généraliste ou anesthésiologiste. Or, la Cour a déjà souligné dans de nombreuses affaires qu'un avis médical sur une problématique d'ordre psychiatrique émis par un médecin non spécialiste en la matière doit être appréhendé avec prudence (cf. not. arrêts TC FR 608 2018 98 du 12 septembre 2018; 608 2017 216 du 7 mars 2018; 608 2017 88 du 11 septembre 2017; 608 2016 261 du 31 juillet 2017; 608 2016 120 du 9 juin 2017; 608 2016 70 du 14 février 2017). Bien que ce principe ait été émis dans le domaine de la psychiatrie, il est manifeste que cette prudence se justifie également dans le domaine de la médecine dentaire, dès lors qu'il s'agit d'une formation et d'un domaine distinct de la médecine humaine. Face à une argumentation

détaillée et émise par un spécialiste en la matière, les conclusions des deux médecins du SMR ne font pas le poids. Par ses différents rapports, le dentiste traitant a du moins rendu vraisemblable que son patient souffre d'une hyperodontie congénitale nécessitant un traitement au moyen d'appareils au sens du ch. 207 annexe OIC. 4.3. On ne saurait donc refuser les prestations sur la base des pièces au dossier. Il incombe à l'OAI de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations, cas échéant en ayant préalablement procédé aux compléments d'instruction qu'il estimera nécessaires. 5. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 400.-. Compte tenu de l'admission du recours, ils sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. L'avance de frais de CHF 400.- est restituée au recourant. Il n'est pas octroyé d'indemnité de partie, le recourant n'étant pas représenté par un mandataire professionnel. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 27 octobre 2021 est annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. II. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. III. L'avance de frais de CHF 400.- est restituée au recourant. 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 6 avril 2022/pte Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

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