

GE_GERICHTE ATAS/251/2011 vom 15. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_251_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/251/2011 du 15 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/251/2011 del 15 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

A/2113/2010 - 11/18 - Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 3

a) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 25 mai 2010, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Les dispositions de la LAI dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2008 (5ème révision) doivent également être prises en considération dans le cadre de l'examen du droit aux prestations. Cela étant, la 5ème révision n'a pas apporté de changement significatif dans le domaine concerné.

E. 4

Est litigieux dans le cas d'espèce le droit du recourant à la prise en charge, au titre de mesure médicale, d'un traitement d'ergothérapie, en application de l'article 12 LAI, les parties et les médecins interrogés admettant que la trisomie 21 n'est pas une infirmité congénitale au sens de l'article 13 LAI.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 8 al. 2 LPGA, les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

b) En vertu de l'art. 12 al. 1er LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou

A/2113/2010 - 12/18 - l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. À teneur de l'art. 14 al. 1er LAI, les mesures médicales de réadaptation prises en charge par l'assurance-invalidité en vertu des art. 12 ou 13 LAI comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (let. a). Selon l'art. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques 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 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 (al. 1er). c) La loi désigne sous le nom de "traitement de l'affection comme telle" les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance- invalidité. Ce n'est qu'au moment où la phase du phénomène pathologique labile (primaire ou secondaire) est achevée et qu'un état stabilisé ou relativement stabilisé est apparu, qu'on peut se demander - dans le cas des assurés majeurs - si une mesure médicale est une mesure de réadaptation. Des mesures visant la stabilisation s'appliquent toujours à un phénomène pathologique labile. C'est pourquoi une thérapie continue, qui est nécessaire pour empêcher la progression d'une affection, doit être considérée comme le traitement de l'affection comme telle. Par conséquent, un état pathologique qui ne peut être maintenu en équilibre que par des mesures thérapeutiques n'est pas le résultat stable d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale, quel que soit le genre du traitement. Un tel état est certes stationnaire tant qu'il peut être maintenu en équilibre, mais non pas stable au sens de la jurisprudence. Les mesures médicales qui sont nécessaires au maintien d'un état stationnaire ne peuvent donc être prises

A/2113/2010 - 13/18 - en charge par l'assurance-invalidité (ATF 102 V 42 ss; VSI 1999 p. 130 consid. 2d et les références). En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre un succès durable et important au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation (ATF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194 consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19 et 149, 104 V 82, 102 V 42). Dans le cadre de l'art. 12 LAI, le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194, consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19 et 149, 104 V 82, 102 V 42). d) Pour les assurés mineurs, des mesures médicales visant l'intégration professionnelle peuvent être accordées, nonobstant le caractère encore momentanément labile de l'affection, si, sans cette mesure ponctuelle ou d'urgence (par exemple une opération) ou d'une certaine durée (par exemple de la physiothérapie ou de l'ergothérapie) mais non pas illimitée dans le temps (RCC 1984, p. 523), une guérison incomplète serait obtenue, à savoir que subsisterait un état défectueux stabilisé, difficilement corrigible, préjudiciable à la formation professionnelle et/ou à la capacité de gain (ATF 131 V 9 consid. 4.2 p. 21; RCC 1984 p. 523 consid. 1), (ATF 131 V 21, consid. 4.2 et les références ; 105 V 20 ; VSI 2003, p. 105, consid. 2). En d'autres termes, la mesure doit empêcher la survenance d'un état défectueux stabilisé. Sont par contre exclues les mesures médicales qui se limitent à retarder ou différer le moment de la survenance d'un état défectueux stabilisé, avec l'aide de traitements ou de thérapies de durée indéterminée (arrêt du TF du 12 mai 2005, I 436/05 ; arrêt du TF du 23 septembre 2004, I 23/04). En effet, lorsqu'il s'agit seulement de retarder la survenance d'un état pathologique stable au moyen d'une thérapie permanente, on ne peut parler de guérison. Dans tous les cas de ce genre, les mesures constituent le traitement (permanent) de l'affection comme telle. C'est pourquoi l'on ne peut leur reconnaître le caractère prépondérant de mesures de réadaptation au sens de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 42, 100 V 43 consid. 2a et ATF 100 V 107; VSI 1999 p. 130 et RCC 1984 p. 523 consid. 1 et 2; ATFA non publié I 64/01 du 20 février 2002, consid. 5b). Toutefois, il faut que ces mesures ne relèvent pas d'emblée de l'assurance-maladie, parce qu'elles constituent des mesures médicales de durée illimitée qui servent en soi au traitement de l'affection et n'ont dès lors pas un caractère prépondérant de

A/2113/2010 - 14/18 - mesures de réadaptation au sens de la LAI (VSI 2000 p. 65 consid. 1 et 4b et RCC 1984 p. 524 consid. 1 ainsi que les références). e) L'effet positif obtenu grâce à un traitement médical ne peut être qualifié d'important, au sens de l'art. 12 al. 1 LAI, que s'il atteint un degré absolu de réussite suffisamment élevé dans un laps de temps déterminé (ATF 98 V 211 consid. 4b). D'une façon générale, on doit pouvoir attendre des mesures médicales qu'elles rencontrent un minimum de succès sur le plan de l'activité lucrative pendant une durée minimale. Il n'est pas possible de dire de manière générale dans quelle mesure le succès peut encore être qualifié d'important, car il faut en décider d'après les particularités du cas d'espèce. Cependant, les mesures qui n'aboutissent qu'à une faible amélioration de la capacité de gain ne sont pas prises en charge par l'assurance-invalidité. Il faut poser comme condition qu'une capacité de gain encore importante soit préservée d'une diminution notable, car dans le cadre de l'art. 12 LAI, la loi ne prévoit pas de mesures destinées à conserver un résidu incertain de capacité de gain. La question du caractère

important du succès de la réadaptation doit, en outre, être résolue en fonction d'une part de la gravité de l'infirmité, et d'autre part du genre de l'activité lucrative exercée par l'assuré ou entrant en ligne de compte pour lui dans le cadre d'une réadaptation optimale. Dès lors, il n'y a pas lieu de prendre en considération les circonstances personnelles qui n'ont pas de rapport avec l'activité lucrative exercée par l'assuré (ATF 115 V 199 consid. 5a, 200 consid. 5c et les références; ATFA non publié du 25 janvier 2000, I 411/99). Le Tribunal fédéral a jugé que l'amélioration de la capacité de gain par une mesure médicale peut déjà être qualifiée d'importante, au sens de l'art. 12 LAI, lorsqu'il est possible de prévoir que l'assuré devenu majeur sera capable, grâce à la mesure préconisée, de gagner mensuellement quelques centaines de francs, le cas échéant en travaillant dans un atelier protégé (arrêt I 196/94 du 30 décembre 1994 cité dans un arrêt plus récent, I 408/06, du 15 mars 2007). Dans un récent arrêt, le Tribunal fédéral, statuant sur le cas d'un enfant atteint d'agénésie du corps calleux, de microcéphalie et d'hypotonie axiale a jugé que, bien que la question de savoir si le traitement visait ou non l'affection comme telle n'était pas résolue et resterait ouverte, la prise en charge de la physiothérapie et de l'ergothérapie n'incombait pas à l'OAI dès lors que la durée des mesures médicales dépendait de l'évolution de l'enfant, ce qui impliquait que la durée du traitement n'était pas déterminée et était aléatoire (arrêt du 30 septembre 2010, 9C_1074/2009).

E. 6

A titre préalable, il convient de relever que le rapport de la Dresse C _____ du 17 juin 2010 doit être pris en considération par la Cour de céans. En effet, même si, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), les faits survenus

A/2113/2010 - 15/18 - postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA I 321/04 du 18 juillet 2005, consid. 5). Or, le rapport susmentionnés porte sur l'évolution de l'enfant avant et après la décision litigieuse de sorte qu'ils a toute son importance dans ladite procédure.

E. 7

En l'espèce, le Tribunal cantonal des assurances sociales a déjà jugé par arrêt du 2 juin 2009 que l'ergothérapie était une mesure médicale de nature à améliorer de façon importante la capacité de gain et/ou d'accomplir les travaux habituels du recourant, compte tenu des progrès déjà réalisés par l'enfant, sur la base des rapports de l'ergothérapeute et du médecin traitant. Le premier jugement n'a toutefois pas examiné si l'enfant aurait, sans traitement, fait les mêmes progrès au même rythme ou plus lentement. Il a renvoyé la cause à l'OAI pour déterminer d'une part, la durée de la mesure et d'autre part le caractère durable du succès escompté du traitement, dont on doit s'attendre qu'il perdure pendant une partie importante de la vie future de l'enfant. En premier lieu, il semble extrêmement difficile de déterminer avec certitude l'efficacité du traitement au sens de l'art. 12 LAI. Le Dr A _____ affirme que les enfants trisomiques franchissent les divers stades du développement de l'enfant (propreté, position assise, marche, préhension, parole, etc.) moins vite que les autres enfants, ou pas du tout, et conteste que l'ergothérapie permette d'accélérer ces acquisitions et, ainsi, d'accroître l'autonomie de l'enfant, de sorte qu'il nie toute influence de ce

traitement sur le développement de l'enfant. Le seuil maximum de développement de chaque enfant trisomique serait selon lui immuablement fixé à la naissance. Le Dr B _____, quant à lui, affirme que l'ergothérapie et les autres thérapies entreprises permettent non seulement d'accélérer les acquisitions, mais aussi d'obtenir certaines acquisitions que l'enfant ne développerait pas sans stimulation. Les rapports de l'ergothérapeute mentionnent les acquisitions de l'enfant, sans que l'on puisse savoir - pour autant que cela soit possible - si elles sont dues au traitement ou accélérées par celui-ci. Le rapport de la Dresse C _____ affirme cependant que l'enfant a fait des progrès spectaculaires, montrant tout ce qu'il a appris grâce aux diverses thérapies en cours. En second lieu, le Tribunal n'avait pas examiné la question du caractère labile ou stabilisé de l'affection, et en l'absence de traitement, si la guérison serait incomplète ou qu'un état défectueux se produirait dans un avenir proche. A nouveau, la réponse à cette question est délicate. Les deux médecins interrogés admettent le caractère labile de l'affection, et on comprend de la précision du Dr A _____ que la trisomie existant dès la conception, sans état antérieur de comparaison, il ne peut pas y avoir de stabilisation de l'état de santé, a fortiori de guérison. Le Dr D _____ estime que la mesure permet d'améliorer l'état de santé de son patient, et que l'on ne peut pas parler d'état défectueux stabilisé, l'enfant étant en

A/2113/2010 - 16/18 - plein développement. Les caractéristiques de cette affection semblent se heurter à la jurisprudence établie. En effet, si la trisomie et ses conséquences sont considérées comme indéfiniment labiles, ce que semble retenir le Dr A _____, aucune mesure au sens de l'art 12 LAI n'est envisageable, car tout traitement visera à traiter les conséquences de l'affection comme telle (l'affection elle-même ne pouvant pas être traitée). Il faudrait alors retenir, soit que l'état est stabilisé dès la naissance et que les mesures ne visent donc pas à traiter l'affection, soit que, malgré le caractère labile non provisoire de l'affection, chez un jeune enfant, les mesures sont justifiées au sens de l'art 12 LAI, si elles permettent à l'enfant de développer plus rapidement certaines aptitudes et acquisitions (voire d'en acquérir de nouvelles), lesquelles se maintiennent de façon durable, ce qui augmente son autonomie, ses chances d'une scolarisation partielle dans le système ordinaire et, partant, améliore sa capacité de gain, ne serait-ce que dans le cadre d'un atelier protégé. Malgré l'incertitude, il ne se justifie pas de revenir sur les conclusions du premier juge quand à l'efficacité du traitement et la question de savoir s'il s'agit ou non d'un traitement de l'affection comme telle peut rester ouverte dès lors que la dernière condition d'octroi des mesures médicales n'est pas donnée. La durée du traitement d'ergothérapie n'est en effet pas limitée au 30 juin 2013, contrairement à ce que soutient le recourant. Cette date correspond, selon le médecin traitant lui-même, à une des deux étapes fixées pour l'OAI, le traitement devant perdurer plus longtemps, sans limite claire dans le temps. D'ailleurs, la Dresse C _____ préconise en juillet 2010 la poursuite de la psychomotricité et la reprise de l'ergothérapie sans limite dans le temps non plus. Au demeurant, il peut être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante au vu des éléments du dossier que l'ergothérapie et les diverses autres thérapies entreprises, qui semblent effectivement améliorer l'autonomie de l'enfant, devront être continuées sur une longue période, voire durant toute l'enfance et l'adolescence du recourant, puisqu'elles ont pour but, précisément, de permettre l'acquisition ou d'accélérer ou soutenir les différents stades du développement. Ainsi, et au delà de la seconde étape (préhension et maniement du crayon notamment), il faudra certainement continuer l'ergothérapie pour permettre d'acquérir l'habileté à l'écriture, et favoriser les autres acquisitions motrices en cours. Le fait que les parents du recourant

envisagent d'autres thérapies, se substituant à l'ergothérapie au gré de son âge, n'est pas déterminant, s'agissant d'un choix personnel et non de la fin d'un traitement réussi et terminé. Ainsi et sans remettre en cause le bénéfice incontestable pour l'enfant des diverses thérapies entreprises par ses parents, dont l'ergothérapie, la Cour constate qu'elles ne relèvent pas de l'assurance invalidité mais de l'assurance maladie, le cas échéant.

E. 8

Le recours est ainsi rejeté. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances

A/2113/2010 - 17/18 - (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit, de sorte qu'il sera perçu un émolument de 200 fr.

A/2113/2010 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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