

VD_FINDINFO AI 10/10 - 320/2011 vom 1. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_10_10_-_320_2011

FR: VD_FINDINFO AI 10/10 - 320/2011 du 1 juillet 2011

IT: VD_FINDINFO AI 10/10 - 320/2011 del 1 luglio 2011

Regeste

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, MESURE MÉDICALE DE RÉADAPTATION | 12 LAI,
13 LAI

Erwägungen

E. 3

Reste litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre à la prise en charge par l'assurance-invalidité du traitement de physiothérapie Bobath. a) A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Selon l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de vingt ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées; il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'OIC laquelle contient, en annexe, une liste des infirmités réputées congénitales au sens de l'art. 13 LAI. Le contenu de la liste des infirmités congénitales prévues par l'annexe à l'OIC, respectivement les conditions de prise en charge des mesures médicales relatives à de telles infirmités, ont fait l'objet d'une circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), savoir la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM). S'agissant d'une directive administrative, dont la vocation est de donner des instructions aux organes d'application de la loi quant à la manière dont ils doivent exercer leurs compétences, une telle circulaire ne lie pas le juge; ce dernier ne s'en écarte toutefois, en principe, que si son contenu est en contradiction avec les dispositions légales applicables (cf. ATF 118 V 129 c. 3a et la référence citée; ATF 130 V 163 c. 4.3.1 et les références citées), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. En effet, la pratique administrative a décrit de façon relativement étroite les atteintes à la santé qui entrent dans le champ du ch. 390 de l'annexe à l'OIC, puisqu'elle a prévu un certain nombre de caractéristiques que doit présenter une atteinte à la santé pour être qualifiée de paralysie cérébrale congénitale au sens de cette disposition administrative. Selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conditions relativement restrictives prévues par la directive administrative aux ch. 390.1 ss CMRM, dès lors qu'elles sont compatibles avec les règles légales applicables (TF 9C_818/2009 du 20 novembre 2009 c. 5.1 ; TFA I 210/03 du 26 août 2003). On rappellera à cet égard que le Conseil fédéral dispose d'une large compétence normative conférée par l'art. 13 al. 2 LAI et de la possibilité, déléguée au Département fédéral de l'intérieur, de corriger la liste à bref délai en y ajoutant des infirmités congénitales évidentes (art. 1 al. 1, 2 e phrase, OIC), le système mis en place permettant de tenir raisonnablement compte des progrès de la science médicale (TF 9C_818/2009 du 20 novembre 2009 c. 5.1 ; TFA I 544/97 du 14 janvier 1999, in VSI 1999 p. 170). Sont réputées 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 (art. 2 al. 3 OIC). Le droit à de telles mesures existe – contrairement au droit prévu par la disposition générale de l'article 12 LAI – indépendamment de la possibilité d'une future réadaptation dans la vie professionnelle (art. 8 al. 2 LAI). Le but de la réadaptation est de supprimer ou de diminuer l'atteinte à la santé intervenue à la suite d'une infirmité congénitale (ATF I 174/03 du 28 décembre 2004, c. 3.1 in fine et les références citées). La personne assurée n'a droit, en règle générale, qu'aux mesures qui sont nécessaires et adaptées au but de réadaptation visé, mais pas aux actes les meilleurs possibles selon les circonstances données; en effet, la loi entend simplement garantir une réadaptation qui soit nécessaire mais aussi suffisante dans le cas d'espèce. En outre, le résultat prévisible d'une mesure de réadaptation doit se situer dans un rapport raisonnable avec son coût (ATF 124 V 108 c. 2a; ATF 122 V 212 c. 2c et les références citées). Les affections qui ne sont pas susceptibles d'être traitées directement dans leur ensemble par l'application d'un traitement scientifiquement reconnu - telle que la trisomie 21 (ou syndrome de Down; cf. ATF 114 V 26 c. 2c) - ne sont pas susceptibles de figurer comme telles dans la liste des infirmités congénitales. D'après la jurisprudence, il est toutefois possible, dans les cas d'affections polysymptomatiques, de reconnaître des mesures médicales appropriées au traitement des divers troubles en cause, à la condition toutefois que ceux-ci, considérés isolément, correspondent à la notion d'infirmité congénitale selon l'annexe OIC et que les conditions prévues au chiffre correspondant soient données (p. ex.: malformation cardiaque en cas de trisomie 21; cf. VSI 1999 p. 174 c. 4a et les références citées). Par ailleurs, ces affections peuvent parfois, comme c'est le cas pour la trisomie 21, ouvrir le droit à d'autres prestations prévues par la LAI (formation scolaire spéciale, mesures de réadaptation d'ordre professionnel, moyens auxiliaires ou rente; ATF du 8 novembre 2006 I 718/05 c. 3.1). b) Il convient donc d'examiner si la prise en charge du traitement en cause incombe à l'intimé par application de l'art. 13 LAI, sous ch. 395 de l'annexe OIC. Le ch. 395 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les " légers troubles moteurs cérébraux (traitement jusqu'à l'accomplissement de la deuxième année de la vie) ". Aux termes du ch. 395 de la CMRM, sont considérés comme " légers troubles moteurs cérébraux " selon le ch. 395 de l'annexe à l'OIC les symptômes neurologiques et les symptômes moteurs cérébraux transitoires chez l'enfant de moins de 2 ans : mouvements pathologiques (asymétrie, limitation de la variabilité), symptomatologie s'aggravant avec l'évolution (attitude asymétrique, opisthotonos, persistance des réflexes primitifs) et anomalies du tonus musculaire pouvant constituer un symptôme précoce d'une paralysie cérébrale. Un trouble moteur cérébral pouvant être reconnu comme infirmité congénitale au sens du ch. 395 n'équivaut pas à un diagnostic de paralysie cérébrale (ch. 390 OIC). La physiothérapie et la surveillance médicale ne peuvent être prises en charge que jusqu'à l'âge de 2 ans. Selon le ch. 390.2 CMRM, du point de vue de l'assurance-invalidité, une hypotonie musculaire isolée ne fait pas partie des infirmités congénitales au sens du ch. 390 OIC mais il n'est pas rare qu'une hypotonie constitue un symptôme précoce d'un trouble moteur cérébral et elle peut donc à ce titre fonder une infirmité congénitale au sens du ch. 395 OIC si celle-ci n'a pas d'autre étiologie plus vraisemblable comme la trisomie 21 par exemple. c) Dans le cas présent, il résulte de l'ensemble des pièces médicales que le recourant est atteint de trisomie 21. Par conséquent, l'hypotonie dont il souffre est vraisemblablement due à cette affection. Il n'est dès lors pas possible de reconnaître l'existence d'une infirmité congénitale au sens du ch. 395 de

l'annexe à l'OIC, si bien que la décision attaquée ne peut qu'être confirmée dans la mesure où elle nie le droit aux mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI.

E. 4

Il convient encore d'examiner si la mesure médicale requise peut être ordonnée en application du principe général prévu par l'art. 12 LAI. a) 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 des travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. L'art. 12 LAI 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 c. 1, 102 V 41 c. 1 ; RCC 1981 p. 519 c. 3a). Dans ce contexte, il est admis que 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. 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. Ainsi, 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. 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 une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI (ATF 120 V 279 c. 3a, 115 V 194 c. 3, 112 V 349 c. 2 ; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2^{ème} éd., p. 126 et 132 sv.; pour les assurés qui n'ont pas encore accompli leur 20^{ème} année, voir cependant le même auteur, op. cit., p. 133, 2^{ème} paragraphe). Les assurés mineurs qui n'exercent pas d'activité lucrative sont réputés invalides lorsqu'ils présentent une atteinte à la santé physique ou mentale qui aura probablement pour conséquence une incapacité de gain (art. 5 al. 2 LAI). Selon la jurisprudence, les mesures médicales appliquées à des assurés mineurs peuvent dès lors servir de manière prépondérante à la réadaptation professionnelle et être prises en charge par l'assurance-invalidité, quand bien même l'affection présente encore un caractère labile, si l'absence de telles mesures risque d'entraîner des séquelles ou un état défectueux stabilisé qui entraveraient la formation professionnelle ou la capacité de gain ou toutes les deux (VSI 2003 p. 104 c. 2 in fine ; ATF 105 V 19 = RCC 1979 p. 556; VSI 2000 pp. 66 s. c. 1). Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79, 101 V 50 c. 3b avec les

références citées). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (TF 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 c. 2.3 et les références citées). b) En l'occurrence, l'OAI estime dans sa réponse que la physiothérapie sera nécessaire pour une durée indéterminée et, même cumulée à un suivi multidisciplinaire, qu'il faut s'attendre à la persistance à long terme d'une hypotonie et d'un retard tant sur le plan cognitif que moteur. Il en déduit que la physiothérapie s'adresse au traitement de l'affection comme telle, ce qui exclut un octroi sur la base de l'art. 12 LAI. Ces affirmations ne sont toutefois nullement étayées. Il n'y a aucun rapport médical détaillé permettant de savoir si les conditions posées par l'art. 12 LAI sont réalisées ou non. Les médecins traitants n'ont pas été interpellés. Seul figure à ce propos au dossier un avis médical sur recours daté du 23 février 2010 établi par le Dr [...] qui se limite à confirmer le refus et les arguments de l'OAI concernant les art. 12 et 13 LAI. En conséquence, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier de la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction sur le plan médical en relation avec l'art. 12 LAI puis rende une nouvelle décision.

E. 5

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 52 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, dès lors que celui-ci n'est pas représenté par un avocat ou un autre mandataire juridique, mais par son père.

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