

VD_FINDINFO AI 202/09 - 344/2011 vom 9. Juni 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_202_09_-_344_2011

FR: VD_FINDINFO AI 202/09 - 344/2011 du 9 juin 2011

IT: VD_FINDINFO AI 202/09 - 344/2011 del 9 giugno 2011

Regeste

PSYCHOTHÉRAPIE, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE},
TRAITEMENT DE L'AFFECTION COMME TELLE | 12 LAI, 13 LAI, 3 al. 2 LPGA, 2 al.
3 OIC

Erwägungen

E. 9

juin 2011 _____ Présidence de Mme Thalmann Juges : M.
Monod et Mme Rossier, assesseurs Greffière : Mme Choukroun ***** Cause
pendante entre : R. _____, recourant, représenté par sa mère, X _____, à Arzier et
E. _____, intimé, à Vevey, _____ Art.

E. 12

et 13 LAI, 3 al. 2 LPGA, 2 al. 3 OIC E n f a i t : A. R. _____ (ci-après: l'assuré), né le
11 octobre 1997, représenté par sa mère, a déposé auprès de E. _____, (ci-après: l'OAI),
une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour mineurs, sous la forme de
mesures médicales (classe de langage) en date du 15 septembre 2003. Dans un rapport du 8
septembre 2003, les Dresses J. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie,
K. _____ et la logopédiste D. _____ du Service psychopédagogique de
l'arrondissement de Gland mentionnent ce qui suit : "1. - Anamnèse (en particulier données
sur la situation scolaire) - R. _____ est le deuxième d'une fratrie de 5 enfants dont 2
jumeaux (dont un est décédé en bas âge). PN 3 kg 740. Grossesse et accouchement sans
particularité. A la naissance, bébé hypotone. Allaitement pendant 10 mois. Marche à un an.
Langage: à deux ans, quelques mots difficilement compréhensibles puis évolution lente
dans sa langue maternelle anglaise comme en français. Ecole maternelle dès deux ans et
demi. Sur le conseil des enseignants, un premier bilan logo est effectué. En première
enfantine, un deuxième bilan logo, montre de réelles difficultés langagières en anglais et en
français. R. _____ ne construit pratiquement pas de phrase et un enseignement spécialisé
est proposé. Parallèlement une prise en charge ergothérapeutique est mise en place en raison
de troubles de la motricité fine et globale. Notions familiales de dyspraxie et de troubles de
langage. R. _____ est décrit comme un enfant timide, peu sûr de lui, calme. A l'école,
R. _____ est souvent «collé» à la maîtresse. Il se montre souvent réticent par rapport à
des activités scolaires et extra-scolaires dans un registre de manque de confiance en lui et un
besoin de beaucoup d'étayage. Il est plutôt en retrait par rapport au groupe, voire exclu en
raison de ses problèmes de langage. 2. Examens effectués et résultats (dans le domaine
Médical/scolaire/logopédique/psychologique) R. _____ est un enfant timide, gêné par la
situation d'examen. Sa compréhension semble bonne, en revanche, il éprouve une réticence
à parler, cherchant le secours de sa mère et quand il s'exprime, son langage est très
difficilement compréhensible. Son jeu est peu symbolique et son dessin ne représente rien

objectivement bien qu'il signifie quelque chose pour lui. En résumé, c'est un enfant à l'intelligence normale, fortement inhibé dans la relation à l'autre, peu sûr de lui-même, notamment au niveau du langage, ayant tendance à se renfermer et à refuser les activités." Selon ce rapport il existe une grave difficulté d'élocution au sens du no 22 ou 23 de la circulaire. Le diagnostic logopédique de dysphasie est en outre posé. Les auteurs du rapport indiquent comme traitement une classe de langage à mi-temps, un traitement logopédique et un traitement psychomoteur par le Centre logopédique et pédagogique de Nyon. La durée prévue est de deux ans. Ils remarquent en outre ce qui suit : "Il est nécessaire pour R. _____ de bénéficier d'un enseignement spécialisé au niveau du langage, faute de quoi, cet enfant renforcera ses défenses d'isolement, son trouble de l'estime de lui-même et ne pourra avancer dans les acquisitions scolaires. De plus, nous conseillons d'effectuer une évaluation pédopsychiatrique complète d'ici un an en raison de ses difficultés affectives et relationnelles." Par décision du 9 juin 2004, l'OAI a octroyé à R. _____ la formation scolaire spéciale sous la forme de contribution aux frais d'école, de logement et de repas en internat et en externat. Le 9 juin 2005, le Centre logopédique et pédagogique de Nyon a demandé la prolongation de la mesure qui a été accordée par l'OAI selon décision du 1^{er} juillet 2005. Cette mesure a été prolongée une nouvelle fois selon décision de l'OAI du 27 juillet 2007. Le 19 septembre 2007, la mère de l'assuré a demandé la prise en charge par l'OAI de séances de psychothérapie pour son enfant. Dans un rapport du 14 novembre 2007, le Dr B. _____, médecin-adjoint et la psychologue H. _____ de l'hôpital psychiatrique de Prangins, posent les diagnostics suivants : "Diagnostics (ICD-10): NF 84.8 — autres troubles envahissants du développement. Etablis pour la première fois en septembre 2005 404 OIC: · Troubles du comportement avec atteinte pathologique de l'affectivité · Troubles des pulsions. · Troubles de la perception (cognitifs) · Troubles de la concentration · Troubles de l'attention." Ils indiquent que l'état de santé de l'assuré s'améliore et que les mesures médicales permettront d'améliorer son intégration ultérieure dans une activité lucrative. Son état nécessite un traitement médical et l'assistance et la surveillance personnelle découlant du handicap entraînent des frais supplémentaires par rapport à une personne non handicapée et du même âge. Il résulte en outre de ce rapport ce qui suit : " D. Données médicales: 1. Traitement: depuis le 3 août 2005, [...] 3. Anamnèse R. _____ est le deuxième d'une fratrie de 5 enfants dont 2 jumeaux (dont un est décédé en bas âge). PN 3 kg 740. Grossesse et accouchement sans particularité. A la naissance, bébé hypotone. Allaitement pendant 10 mois avec une tendance à sucer plus qu'à téter. Troubles de l'endormissement. Marche à un an. Langage: à deux ans, quelques mots difficilement compréhensibles, puis évolution lente dans sa langue maternelle anglaise, comme en français. Ecole maternelle dès deux ans et demi. Sur le conseil des enseignants, un premier bilan logopédique est effectué. En première enfantine, un deuxième bilan logopédique montre de réelles difficultés langagières en anglais et en français. R. _____ ne construit pratiquement pas de phrase et un enseignement spécialisé est proposé. Parallèlement, une prise en charge ergothérapeutique est mise en place en raison de troubles de la motricité fine et globale. Notions familiales de dyspraxie et de troubles du langage. R. _____ est décrit comme un enfant timide, peu sûr de lui, calme. A l'école, R. _____ est souvent "collé à la maîtresse". Il se montre souvent réticent par rapport à des activités scolaires et extra-scolaires dans un registre de manque de confiance en lui et un besoin de beaucoup d'étayage. Il est plutôt en retrait par rapport au groupe, voire exclu en raison de ses problèmes de langage. Enfant qui n'aime pas les changements et qui a tendance à refuser toute nouveauté. 4. Plaintes subjectives: R. _____ présente des angoisses archaïques très

envahissantes telles angoisse de dévoration et angoisse de mort. Peur de toute situation nouvelle, difficultés de séparation. 5. Status clinique: Enfant âgé actuellement de 10 ans, fluët mais faisant son âge, en bonne santé. 6. Examens médicaux spécialisés 7. Plan de traitement (début/durée), pronostic: Psychothérapie à une séance par semaine depuis janvier 2006, deux séances par semaine depuis septembre 2007. Durée à réévaluer dans 2 ans. Amélioration probable au vu des ressources de cet enfant." Par lettre du 4 décembre 2007, la psychologue H. _____ a complété le point no 7 du rapport en ajoutant une participation aux frais de transport en taxi de l'école à la maison. Dans un rapport du 19 février 2008, le Dr B. _____ et la psychologue H. _____ mentionnent ce qui suit : " 2. Comment se manifestent les troubles 2.1 du comportement? : les troubles du comportement se manifestent par une très grande peur de la nouveauté. Il dit "non" à toutes nouvelles propositions. Cet enfant est toujours agité en groupe, bouge sans cesse en groupe et a des difficultés de socialisation. 2.2 des pulsions? : R. _____ peut être débordé par son agressivité et sa colère par moments. Son angoisse se manifeste dans des jeux destructeurs. 2.3 de la perception ? : R. _____ a encore de la peine à distinguer ses fantasmes de la réalité. 2.4 de la concentration ? : R. _____ a une bonne capacité de compréhension, quand il est disponible et non envahi par ses angoisses. Il se fatigue encore vite et peut être facilement dispersé. 3. Quel est le QI? : le QI obtenu au WISC-IV est de 86, ce qui correspond à un niveau intellectuel normal faible. 4. D'autres tests ont-ils été effectués? : Un bilan psychologique a été effectué en 2005, dont une copie est ajoutée en annexe. 5. Il n'y a pas de diagnostic d'hyperactivité. 6. Quand un traitement spécifique a-t-il été instauré pour la première fois? Une psychothérapie a été instaurée en janvier 2006. 7. Remarque: R. _____ ne présente pas de syndrome d'hyperactivité, mais un trouble envahissant du développement ." A ce rapport est joint un bilan psychologique effectué du 3 août au

E. 13

LAI ne sont pas réunies. 4. Il convient dès lors d'examiner si la mesure médicale requise peut être octroyée en application de 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. 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. 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. 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 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010, c. 2.1 et les références citées). 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 (ATF 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010, précité, c. 2.2). A cet égard, peu importe que les mesures ordonnées soient des mesures d'urgence (opération chirurgicale, par exemple) ou des mesures d'une certaine durée, telles que la physiothérapie ou l'ergothérapie (RCC 1984 p. 525 c. 3). Mais des mesures médicales illimitées dans le temps en vue d'empêcher la survenance d'un état pathologique définitif ou d'en atténuer les conséquences n'ont pas un caractère prépondérant de mesures de réadaptation; elle constituent plutôt un traitement de l'affection comme telle, de sorte qu'elles ne sont pas à charge de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 40 c. 1, ATF 100 V 41 c. 2a, ATF 100 V 104 c. 2; VSI 1999 p. 130 ; RCC 1984 pp. 524 s. c. 1 et 2 ; TFA I 64/01 du 20 février 2002). b) En l'espèce, dans un rapport du 14 novembre 2007, le Dr B._____ indique que la psychothérapie a lieu à raison d'une séance par semaine depuis janvier 2006, puis de deux séances par semaine depuis septembre 2007, la durée devant être réévaluée deux ans plus tard. Il estime une amélioration probable au vu des ressources du patient. Le 4 juillet 2008, ce praticien précise que le but de la thérapie consiste à aider le recourant à surmonter ses angoisses de mort, à pouvoir exprimer son agressivité dans des limites acceptables, à l'aider aussi à être plus régulièrement dans la réalité et à prendre confiance en lui-même. Il mentionne qu'il lui est difficile de se prononcer sur la durée de traitement et qu'il faudrait faire un bilan dans un an ou un an et demi. S'agissant du pronostic, il estime prématuré de dire jusqu'à quel point l'enfant va évoluer mais que l'on peut pronostiquer une évolution positive. Comme le relève le Dr F._____ dans son avis médical du 28 août 2008, il s'agit donc essentiellement de traiter la maladie en tant que telle, traitement dont la durée et le pronostic sont impossibles à déterminer. Cela ne constitue dès lors pas une mesure de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI. En conséquence, les conditions posées par l'art. 12 LAI ne sont pas non plus réunies.

5. En définitive, le recours doit être intégralement rejeté et la décision de l'OAI du 23 avril 2009, doit être confirmée. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et.55 LPA-VD).

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