

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 1066 vom 7. Februar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__1066

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 1066 du 7 février 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 1066 del 7 febbraio 2023

Regeste

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, REJET DE LA DEMANDE | 12 LAI, 13 LAI

Erwägungen

E. 7

février 2023 _____ Composition : Mme Pasche , présidente M. Neu, juge, et M. Gutmann, assesseur Greffière : Mme Lopez ***** Cause pendante entre : A.H. _____ , à [...], recourant, représenté par sa mère B.H. _____ , et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art.

E. 12

et 13 LAI E n f a i t : A. a) A.H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né prématurément, à 28 semaines, le 25 juillet 2006. Une première demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à la prise en charge de mesures médicales a été déposée pour son compte le 31 août 2006. L'assuré a notamment bénéficié d'une cure de hernie inguinale bilatérale le 4 octobre 2006 et d'un suivi dans l'unité de cardiologie pédiatrique de l'hôpital N. _____. Le 4 décembre 2006, le Dr V. _____, chef de clinique au sein de cet établissement hospitalier, a fait état d'une évolution tout à fait satisfaisante. Le 26 février 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris en charge le traitement de l'infirmité congénitale au sens du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 832.232.21) (nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes) à partir du 25 juillet 2006 et jusqu'à ce que l'assuré atteigne le poids de 3000 grammes, le traitement induit par l'infirmité congénitale selon le chiffre 303 de l'annexe à l'OIC (hernie inguinale latérale) pour la période du 26 septembre 2006 au 31 mars 2007, et du traitement de l'infirmité congénitale au sens du chiffre 313 de l'annexe à l'OIC (malformations congénitales du cœur et des vaisseaux) pour la période du 26 septembre 2006 au 30 septembre 2008. b) Le 22 juin 2015, B.H. _____ et C.H. _____ ont déposé une demande d'allocation pour impotent en faveur de leur fils. Le 24 juillet 2015, ils ont par ailleurs demandé à l'OAI la prise en charge de mesures médicales, en indiquant, quant au genre de l'atteinte à la santé, une affection congénitale (prématuré), un déficit d'attention, une dyspraxie, une dysgraphie, un déficit d'inhibition, des difficultés de planification et de flexibilité mentale, une impulsivité, un dysfonctionnement exécutif, un retard de langage écrit et une lenteur. Ils ont joint à leur demande un rapport d'examen neuropsychologique du 7 juillet 2015 de Z. _____, psychologue, retenant le tableau d'un dysfonctionnement exécutif associé à une faiblesse des compétences attentionnelles et à un retard d'acquisition du langage écrit. Une dysgraphie était par ailleurs probable. Il était nécessaire de poursuivre la prise en charge en ergothérapie afin d'améliorer les fonctions exécutives dans les tâches quotidiennes, réduire l'impulsivité et travailler le graphisme. Un suivi logopédique lui

semblait également indispensable afin de favoriser l'acquisition du langage écrit et les apprentissages scolaires. Dans le cadre de l'instruction de ces demandes, l'OAI a notamment recueilli une lettre du

E. 16

avril 2015 cosignée par la Dre O. _____, médecin adjointe, la Dre U. _____, médecin hospitalier, et les psychologues ZF. _____ et PR. _____, du service de néonatalogie de l'hôpital SL. _____, informant la mère de l'assuré que le bilan en neuropédiatrie qu'elle avait demandé n'était pas recommandé en l'état. Elles ont rappelé que le dernier bilan réalisé dans leur service datait de janvier 2015 et avait révélé que l'assuré avait un bon niveau cognitif, tout à fait normal par rapport aux enfants de son âge. Une légère dyspraxie avait été observée pour laquelle des séances d'ergothérapie avaient été recommandées. Elles avaient également mentionné la nécessité d'une prise en charge en pédopsychiatrie pour les angoisses manifestées durant les séances. Elles ont relevé qu'il y avait eu de nombreux changements dans la vie de l'assuré et qu'il leur paraissait essentiel qu'il puisse intégrer la même école sur une période continue, afin de favoriser ses relations sociales et pouvoir compter sur une continuité de ses lieux de vie. La mère de l'assuré était invitée à prendre contact avec la pédiatre afin de mettre en place les prises en charge proposées. Il ressort d'un rapport d'enquête à domicile diligenté le 18 février 2016 par l'OAI que l'assuré portait une attelle au genou gauche et se déplaçait avec deux cannes depuis janvier 2016 à la suite d'un accident de ski. A la suite d'un avis du 10 mars 2016 du Dr G. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), qui estimait que l'ergothérapie était susceptible d'améliorer les performances scolaires de l'assuré qui souffrait d'un dysfonctionnement exécutif associé à une faiblesse des compétences attentionnelles et un retard d'acquisition du langage écrit, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts de ce traitement, du 1^{er} mars 2015 au 28 février 2017, sous l'angle de l'art. 12 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), par communication du 17 mars 2016. Dans une lettre du 1^{er} juin 2016, la mère de l'assuré a demandé à l'OAI la prise en charge d'une facture relative à un fauteuil roulant, précisant que l'assuré devait recourir à ce moyen auxiliaire quand il n'arrivait plus à marcher. Par courriel du 29 juillet 2016, elle a retiré cette demande, précisant que la chaise roulante avait été utilisée pendant cinq mois puis ramenée au magasin. Elle a ajouté, concernant la demande d'allocation d'impotence, que l'accident de ski de janvier 2016 avait engendré un surplus de travail pour elle du fait que l'assuré avait dû utiliser des béquilles, puis une chaise roulante. Dans un rapport du 19 septembre 2016, la Dre S. _____ a indiqué à l'OAI que l'assuré avait consulté les urgences de l'hôpital B. _____ le 4 mars 2016 en raison d'une douleur au genou droit lorsqu'il marchait. La mère de l'assuré avait demandé une prescription pour un fauteuil roulant, déclarant que son fils devait beaucoup marcher pour se rendre à l'école et qu'elle ne pouvait pas l'y conduire. Même si d'un point de vue médical l'assuré devait marcher et l'utilisation d'une chaise roulante n'était pas recommandée, une prescription pour la location d'une chaise roulante avait été établie en mars 2016, la préférence ayant été donnée à la scolarisation de l'assuré. Par décision du 7 novembre 2016, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une allocation d'impotence pour mineurs de degré faible à compter du 1^{er} novembre 2014. c) Le 6 janvier 2020, B.H. _____ a demandé à l'OAI la prise en charge d'un ordinateur portable en faveur de son fils et la réévaluation de l'allocation pour impotence dont il bénéficiait. Elle a également sollicité la prise en charge d'un traitement de physiothérapie, exposant que l'assuré était en chaise roulante depuis début juin 2019 et qu'il bénéficiait de séances de

physiothérapie afin de rééduquer ses jambes. Elle envisageait par ailleurs l'achat d'une chaise roulante financée par l'OAI, précisant que l'assuré avait eu recours à ce moyen auxiliaire pour la troisième fois en trois ans. A l'appui de cette demande, elle a produit un rapport d'examen neuropsychologique du 5 novembre 2019 de la psychologue Z. _____ relevant que le tableau était désormais dominé par le déficit de l'attention, tandis que la symptomatologie dysexécutive s'était améliorée, bien que toujours présente. L'assuré présentait aussi des difficultés graphomotrices, avec un geste très lent et coûteux à l'écriture. B.H. _____ a également transmis à l'OAI un rapport de bilan d'ergothérapie établi le 26 novembre 2019 par l'ergothérapeute C. _____, qui a mentionné des difficultés graphomotrices apparentées à une dysgraphie, ainsi qu'une dysorthographe observée lors du bilan, et recommandé la mise en place d'un outil informatique afin de permettre à l'assuré de poursuivre sa scolarité dans les meilleures conditions. Il ressort par ailleurs de ce rapport que l'assuré avait la maladie de Lyme, qui occasionnait une fatigue. Dans un rapport du 20 janvier 2020, M. _____ et W. _____, physiothérapeutes à l'hôpital B. _____, ont informé l'OAI qu'ils suivaient l'assuré depuis juillet 2019 pour un trouble fonctionnel et des douleurs articulaires. L'assuré se déplaçait uniquement en fauteuil roulant depuis juin 2019 en raison de douleurs aux deux genoux. Les douleurs étaient présentes lors de la mise en charge et étaient irritables dans le temps, ce qui limitait passablement l'intensité de la prise en charge physiothérapeutique. Il présentait également une fatigue importante avec une thymie déprimée. Le 19 février 2020, le Dr L. _____, médecin généraliste, a transmis un rapport à l'OAI dans lequel il a posé les diagnostics de déficit d'attention, de troubles graphomotrices, de trouble fonctionnel de la marche avec asthénie chronique. A la question de savoir s'il y avait une infirmité congénitale, il a répondu par la négative. L'assuré avait besoin d'un traitement de physiothérapie, d'ergothérapie, d'un ordinateur à l'école et d'un fauteuil roulant. L'OAI a accepté de prendre en charge les frais de location d'un ordinateur portable (par communication du 29 avril 2020) et a également remis en prêt un fauteuil roulant à l'assuré (communication du 5 juin 2020). A la suite d'un avis du 25 mai 2020 de la Dre E. _____, médecin au SMR, retenant que l'assuré souffrait d'une asthénie chronique depuis 2015 en lien avec la maladie de Lyme et préconisant la prise en charge du traitement de physiothérapie, l'OAI a accepté de prendre en charge le traitement de physiothérapie du 26 juillet 2019 au 31 décembre 2020, sous l'angle de l'art. 12 LAI, par communication du 26 mai 2020. d) Par la suite, l'assuré a subi des examens médicaux complémentaires. Une densitométrie osseuse a notamment été réalisée le 3 juin 2020 à l'hôpital SL. _____, qui a montré des mesures dans les limites de la norme par rapport à l'âge de l'assuré. Le 23 juin 2020, il a été vu par la Dre F. _____, médecin cadre hospitalier à l'unité d'audiophonologie et d'ORL pédiatriques de l'hôpital SL. _____, qui a constaté un status otologique et audiolgique dans les normes. L'assuré présentait une hyperacousie d'origine fonctionnelle qui ne nécessitait pas de prise en charge sur le plan oto-rhino-laryngologue ni d'examen complémentaires. Dans un courrier du 23 septembre 2020, l'ergothérapeute C. _____ et LV. _____, ergothérapeute et psychologue, ont demandé à l'OAI d'examiner l'octroi d'un suivi d'ergothérapie en faveur de l'assuré dont l'objectif était de lui permettre de poursuivre l'utilisation des cannes au quotidien et de laisser de côté le fauteuil roulant. Le 8 octobre 2020, B.H. _____ a demandé à l'OAI la prise en charge d'un traitement d'ergothérapie pour son fils à compter du 25 septembre 2020. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a notamment recueilli un rapport du 4 août 2020 des Dres D. _____ et R. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante à l'hôpital

N. _____, mentionnant que l'assuré avait été hospitalisé du 13 au 24 juillet 2020 pour des douleurs fonctionnelles. Elles ont précisé que les symptômes étaient apparus après une chute à ski le 25 janvier 2016 avec par la suite des épisodes de trouble de la marche intermittents en raison de gonalgies bilatérales nécessitant une chaise roulante et des béquilles en alternance jusqu'en 2017. Après un intervalle libre jusqu'en juin 2019, l'assuré était en chaise roulante de façon permanente depuis sept-huit mois en raison d'une récurrence des symptômes. Elles ont ajouté que plusieurs investigations avaient été effectuées, notamment des imageries par résonance magnétique, qui s'étaient révélées normales. Au cours de ce séjour, l'assuré avait bénéficié de séances de physiothérapie avec de réels progrès. Dans un contexte psychosocial compliqué, l'assuré avait bénéficié sur le plan psychique d'entretiens individuels et de famille auprès de l'équipe de pédopsychiatrie. Dans un rapport du 14 octobre 2020, la Dre K. _____, médecin assistante à la Division interdisciplinaire de santé des adolescents de l'hôpital SL. _____, a posé le diagnostic de trouble fonctionnel et fait état d'un besoin de physiothérapie et d'ergothérapie. A la question de savoir si l'assuré souffrait d'une infirmité congénitale selon l'OIC, elle a répondu par la négative. Par communication du 22 octobre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'après réexamen de sa situation, il maintenait son droit à une allocation de degré faible et lui refusait le droit à un supplément pour soins intenses. Sur questions complémentaires de l'OAI, la Dre K. _____ a précisé, le 13 novembre 2020, que le diagnostic motivant le traitement d'ergothérapie était un trouble fonctionnel complexe chez un jeune patient polymorbide. Elle a ajouté qu'il souffrait de gonalgies bilatérales présentes uniquement à la verticalisation et à la mise en marche des membres inférieurs, ce qui impliquait un trouble de la marche. L'objectif du traitement était la reprise d'une mobilité. Il n'était pas possible de prédire la durée du traitement ni le pronostic. Elle a précisé qu'il devait en outre pouvoir bénéficier d'un programme de réhabilitation physiothérapeutique intense dans le contexte de son trouble fonctionnel. La prise en charge du traitement de physiothérapie par l'OAI s'étant terminée le 31 décembre 2020, B.H. _____ a demandé, le 19 janvier 2021, la prolongation de l'octroi de cette mesure médicale en faveur de l'assuré. Le 1^{er} février 2021, elle a par ailleurs sollicité la prise en charge de toutes les consultations effectuées à l'hôpital SL. _____ et à l'hôpital N. _____ depuis janvier 2020, signalant que l'assuré avait été adressé à une consultation de l'obésité et de néphrologie pédiatrique et qu'une densitométrie osseuse avait été réalisée en juin 2020. Le 27 janvier 2021, le physiothérapeute W. _____ a écrit à l'OAI qu'il suivait l'assuré depuis septembre 2019. Celui-ci présentait des troubles dits fonctionnels de l'adolescent caractérisé par des douleurs et de la fatigue. L'assuré était en fauteuil roulant car il avait de la peine à rester debout, se plaignant de manque de force et de douleurs aux genoux. L'évolution était favorable et l'objectif du traitement était qu'il puisse retrouver une autonomie totale de ses mouvements, en particulier la marche. Dans un rapport du 3 février 2021, les Drs T. _____, P. _____ et H. _____, de l'unité de néphrologie pédiatrique de l'hôpital SL. _____, ont indiqué avoir vu l'assuré le 22 décembre 2020 pour une suspicion d'hypertension artérielle. L'examen n'avait révélé aucun argument clinique ou anamnestique pour une néphropathie et la tension artérielle était normale lors de la consultation. L'assuré, qui présentait une obésité de stade I, avait été rendu attentif à son hygiène de vie et à son alimentation, et il lui avait été conseillé d'avoir une activité physique régulière et de diminuer son poids. Dans un rapport du 12 février 2021, Q. _____, physiothérapeute à l'hôpital B. _____, a mentionné que l'assuré se déplaçait uniquement en fauteuil roulant depuis juin 2019 en raison de douleurs aux deux

genoux. Les objectifs de la physiothérapie étaient de renforcer les membres inférieurs, d'augmenter les temps d'exercices en position debout, d'augmenter le périmètre de marche avec deux cannes puis sans moyen auxiliaire, et de diminuer le temps passé sur le fauteuil roulant. La durée du traitement était difficilement prédictible en raison de la situation psycho-sociale de l'assuré. Le rythme de trois séances hebdomadaires lui semblait nécessaire. Dans un rapport du 15 février 2021, la Dre K. _____ a confirmé le diagnostic de trouble fonctionnel et l'amélioration de la mobilité de l'assuré avec la physiothérapie qui lui semblait toujours indiquée. Il n'était pas possible de prévoir la durée du traitement ni le pronostic. Se déterminant le 23 avril 2021 sur le dossier, la Dre Y. _____, médecin au SMR, a conclu que le traitement de physiothérapie, même s'il semblait présenter des effets bénéfiques, ne remplissait pas les critères de l'art. 12 LAI dès lors que l'assuré présentait des troubles fonctionnels, soit une atteinte labile, et que ce traitement n'avait pas un but de réadaptation, mais constituait le traitement de l'affection en tant que telle. Concernant le traitement d'ergothérapie, les critères de l'art. 12 LAI n'étaient pas non plus réalisés et la Dre Y. _____ ne voyait pas le bénéfice d'un tel traitement. Elle a proposé d'interpeller le psychiatre traitant afin de déterminer si une atteinte psychique pourrait justifier la prise en charge d'un tel traitement. Par communication du 6 août 2021, l'OAI a accordé la prise en charge des frais liés au prêt d'un fauteuil roulant. Dans un rapport du 17 août 2021, le Dr FO. _____, médecin associé au Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital SL. _____, a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme et de trouble spécifique du développement moteur, précisant que l'assuré ne présentait pas d'infirmité congénitale selon l'OIC sur le plan psychique. Au cours du suivi de l'assuré dans ce service, du 13 avril 2016 au 2 mars 2017, aucun symptôme notable n'avait été mis en évidence sur le plan pédopsychiatrique. Il n'y avait notamment pas de signes d'allure psychotique ou dépressive et les problèmes d'anxiété n'étaient plus rapportés au moment du bilan. Dans un avis du 27 août 2021, la Dre Y. _____ du SMR a constaté que l'assuré ne présentait pas d'atteinte psychiatrique correspondant à une infirmité congénitale et que le traitement d'ergothérapie ne pouvait dès lors pas être pris en charge sous couvert de l'OIC, tout en rappelant que les critères de l'art. 12 LAI n'étaient pas remplis. Le 27 août 2021, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de prolonger la prise en charge de la physiothérapie au-delà du 31 décembre 2020, au motif que l'assuré ne présentait pas d'infirmité congénitale et que les conditions de l'art. 12 LAI n'étaient pas remplies dès lors que le trouble fonctionnel était une atteinte labile et que le traitement de physiothérapie n'avait pas un but de réadaptation mais constituait le traitement de l'affection en tant que telle. Le même jour, il a rendu un deuxième projet de décision refusant de prendre en charge l'ergothérapie, au motif qu'il ne présentait pas d'infirmité congénitale et que les critères de l'art. 12 LAI n'étaient pas remplis. Dans un troisième projet de décision daté également du 27 août 2021, l'OAI a informé l'assuré de son refus de prendre en charge les consultations réalisées à l'hôpital SL. _____ et à l'hôpital N. _____ depuis janvier 2020 (DISA [Division interdisciplinaire de santé des adolescents], consultation d'obésité, consultation de néphrologie, densitométrie osseuse), au motif que l'atteinte de l'assuré ne correspondait pas à une infirmité congénitale reconnue par l'assurance-invalidité. Par courrier du 20 septembre 2021, l'assuré, représenté par sa mère, a informé l'OAI de son désaccord avec les trois projets de décisions précités. Le 9 novembre 2021, il a complété son opposition en exposant que l'ergothérapie était nécessaire pour permettre sa formation professionnelle et que la physiothérapie avait pour but principal la réadaptation, de sorte que les critères de l'art. 12 LAI étaient remplis. Le 24

novembre 2011, le Dr X. _____, chef de clinique à la Division interdisciplinaire de santé des adolescents de l'hôpital SL. _____, a établi un rapport à l'attention de l'OAI dans lequel il a confirmé le diagnostic de trouble fonctionnel complexe et l'absence d'une infirmité congénitale selon l'OIC. Il a signalé une amélioration de l'état de santé de l'assuré, qui avait encore des douleurs lorsqu'il se tenait debout, mais n'avait plus besoin de chaise roulante et utilisait juste une canne pour les déplacements. Par ailleurs, l'hyperacousie était résolue. Selon lui, il y avait un potentiel de guérison complète. La durée du traitement était imprévisible, de même que le pronostic au vu de la nature du trouble, mais il pouvait dire, au vu de son expérience, que le pronostic était généralement favorable à moyen terme avec la poursuite d'un traitement adapté. Il a ajouté que l'assuré ne bénéficiait pas d'ergothérapie ni d'un suivi psychique, mais d'une physiothérapie à raison de deux séances hebdomadaires. Se déterminant le 3 décembre 2021 sur le dossier, la Dre Y. _____ du SMR a rappelé que l'assuré souffrait d'un trouble fonctionnel complexe caractérisé de façon prépondérante par un syndrome douloureux et conclu que les nouveaux éléments versés au dossier confirmaient que les critères de l'art. 12 LAI n'étaient pas réunis pour l'octroi de la prise en charge de la physiothérapie et de l'ergothérapie et qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux faisant envisager l'existence d'une infirmité congénitale. Le 7 décembre 2021, par trois décisions séparées, l'OAI a confirmé le refus de prendre en charge le traitement d'ergothérapie, la poursuite de la physiothérapie et les consultations réalisées à l'hôpital SL. _____ et à l'hôpital N. _____ depuis janvier 2020 (DISA, consultation d'obésité, consultation de néphrologie, densitométrie osseuse). B. Le 3 janvier 2022 (date du sceau postal), A.H. _____, représenté par sa mère, a recouru contre les trois décisions précitées auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, déclarant vouloir compléter son recours après avoir recueilli des conseils juridiques. Dans un courrier du 22 janvier 2022, dans le délai imparti par la juge instructrice pour compléter l'acte de recours, il a conclu à l'annulation des décisions du 7 décembre 2021 rejetant la prise en charge de la physiothérapie et de l'ergothérapie et à ce que l'OAI soit condamné à prendre en charge ces mesures médicales. En substance, il fait valoir que la physiothérapie, qui a permis d'améliorer sa mobilité, relève de l'assurance-invalidité, conformément au chiffre 65.1 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) qui précise les mesures pouvant être prises en charge dans le cadre de l'art. 12 LAI. Il reproche également à l'intimé de ne pas avoir mentionné pourquoi une infirmité congénitale ne pourrait pas être reconnue, alors que son dossier avait été traité par le passé sur la base d'au moins une infirmité congénitale, et pense que l'instruction du cas est insuffisante sur ce point. Dans un courrier séparé daté du même jour, il a conclu à l'annulation de la décision du 7 décembre 2021 refusant la prise en charge des consultations spécialisées de l'hôpital SL. _____ et à ce que l'OAI soit condamné à prendre en charge lesdites mesures médicales. Il allègue être suivi depuis début 2020 par différents médecins de cet établissement hospitalier en vue de déterminer la nature de ses problèmes et de l'aider psychologiquement, précisant que cette prise en charge médicale a permis une amélioration de son état de santé. Il soutient également que le diagnostic de trouble fonctionnel peut inclure une infirmité congénitale liée à sa naissance prématurée, ajoutant que les difficultés s'enchaînent depuis sa naissance et que certains enfants nés grands prématurés comme lui ont des problèmes de marche. Il fait également valoir qu'en refusant d'octroyer les mesures médicales demandées, l'intimé viole l'art. 8 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et la Convention du 13 décembre 2006 relative aux droits des personnes handicapées (CDPH ; RS 0.109). Il allègue qu'il entre dans la définition d'handicapé au

sens de la CDPH et que l'absence de prise en charge des mesures médicales par l'assurance-invalidité « le relaie à un handicapé de seconde zone n'ayant aucun droit alors que les handicapés qui ont leur maladie reconnue dans la liste ont des droits notamment financiers et pratiques ». Il explique par ailleurs que le refus de prise en charge par l'intimé entraîne des frais supplémentaires pour ses parents et les met dans une situation financière difficile. Dans sa réponse du 15 mars 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien des décisions attaquées. Il a indiqué comprendre les préoccupations des parents du recourant et ne pas être insensible à celles-ci, mais qu'il ne pouvait pas s'écarter du cadre légal, rappelant que les conditions des art. 12 et 13 LAI n'étaient pas remplies. Par réplique du 8 mai 2022, le recourant a développé ses arguments et déclaré ne pas demander le remboursement de l'ergothérapie. Il a notamment fait valoir que l'AI pourrait ajouter, comme la loi le lui permet, le trouble fonctionnel dans sa liste des maladies reconnues sous l'art. 13 LAI au vu des troubles physiques que cela engendre. Il a notamment produit les documents suivants : - Un rapport du 1^{er} avril 2022 du physiothérapeute W. _____ signalant que l'assuré marchait désormais avec une canne, qu'il tenait debout sans difficulté et n'utilisait plus le fauteuil roulant, l'objectif étant qu'il puisse se mouvoir sans moyen auxiliaire. - Un rapport du 25 avril 2022 de la physiothérapeute Q. _____, mentionnant que l'assuré présentait un trouble fonctionnel avec des douleurs aux genoux qui étaient en diminution, l'objectif du traitement étant notamment un reconditionnement, un réentraînement à l'effort et une amélioration de son employabilité. L'intimé a maintenu ses conclusions aux termes de sa duplique du 23 mai 2022. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi après avoir été motivé dans le délai imparti à cet effet (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. La question litigieuse est celle du droit du recourant à la prise en charge par l'assurance-invalidité de mesures médicales, plus particulièrement le point de savoir s'il souffre d'une infirmité congénitale (art. 13 LAI) ou d'une autre atteinte (art. 12 LAI) ouvrant le droit à de telles mesures. En réplique, la mère du recourant a indiqué « Quant à l'ergothérapie je ne demande pas le remboursement ». On peut donc considérer que le recours ne porte plus sur ce point, mais uniquement sur le refus de prise en charge de la physiothérapie et des consultations effectuées à l'hôpital SL. _____ et à l'hôpital N. _____ depuis janvier 2020. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date des décisions litigieuses rendues le 7 décembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 4. a) 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 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). La notion d'infirmité congénitale est définie de manière générale à l'art. 3 al. 2 LPGA comme toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Faisant usage de la délégation prévue à l'art. 13 al. 2, première phrase, LAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC qui contient une liste, en annexe, énumérant les infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI (art. 1 al. 2 OIC). Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est autorisé à compléter cette liste en y ajoutant des infirmités dont la nature congénitale est évidente, mais qui ne figurent pas encore dans celle-ci (art. 1 al. 2, deuxième phrase, OIC ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1537 et 1538 p. 416). Sur le plan temporel, si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où elle est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al. 1, troisième phrase, OIC). Celle-ci tombe donc également sous le coup de l'art. 13 LAI lorsqu'elle n'était pas reconnaissable à la naissance accomplie, mais que plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments présidant à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie (ATF 120 V 89 consid. 3 ; TF 9C_635/2017 du 5 avril 2018 consid. 4.1 ; cf. Valterio, op. cit., n° 1566 p. 424). b) 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). La jurisprudence admet également que les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI 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 est une conséquence fréquente ; il doit, en d'autres termes, exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien très étroit de causalité adéquate. Il n'est pas nécessaire, cependant, que l'affection secondaire soit directement liée à l'infirmité ; des conséquences même indirectes de l'affection congénitale de base peuvent également satisfaire à l'exigence de la causalité adéquate (ATF 129 V 207 consid. 3.3 ; TF 9C_635/2017 du 5 avril 2018 consid. 2.3 et références citées). c) Une méthode de traitement est considérée comme reconnue par la science médicale, si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens. L'élément déterminant réside dans le succès obtenu grâce à une thérapie déterminée. Cette définition, qui est valable dans le domaine des soins médicaux de l'assurance-maladie, s'applique aussi en principe aux mesures médicales de l'assurance-invalidité. Il s'ensuit qu'en principe, un traitement qui n'est pas à charge de l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie, faute de caractère scientifiquement reconnu, ne peut également pas être pris en charge sur la base de l'art. 13 LAI (ATF 123 V 53 consid. 2b/cc et les références, ATF 114 V 22 consid. 1a ; Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 18 ad art. 13 LAI). De plus, comme toute mesure de réadaptation, le traitement médical des infirmités congénitales est également soumis au principe de proportionnalité. 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 (Pratique VSI 1/2001 p. 71 consid. 4b et la référence). Les mesures nécessaires engagent également celles qui sont destinées à maintenir le patient en vie et qui sont propres à agir sur l'infirmité congénitale ou ses conséquences (ATF 102 V 45 consid. 1). Aux termes de l'art. 2 al. 2 OIC, lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe à l'OIC 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. Le traitement médical est donc pris en charge aussi longtemps qu'il est indiqué et que le rapport entre les chances de succès et son coût reste raisonnable. Lorsque le traitement a permis de corriger l'infirmité congénitale admise antérieurement par l'AI au point qu'elle n'atteint plus le degré de gravité requis, le droit aux mesures médicales persiste aussi longtemps que le traitement reste indiqué et qu'on puisse attendre une amélioration (ATF 120 V 89 consid. 3a ; Michel Valterio, op. cit., n. 22). Les prestations octroyées doivent être économiques. Il faut que la décision de l'OAI permette de connaître le genre, la durée (horizon temporel) et, autant que possible, le volume (intensité et/ou fréquence, nombre de séances de physiothérapie ou de psychothérapie) et le but de la prestation, sachant qu'une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée et doit autant que possible être coordonnée avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là. Un contrôle de la réussite thérapeutique du traitement, associant les médecins traitants, doit être effectué régulièrement (arrêt ATAS/335/2016 déjà cité, consid. 6e in fine). 5. Selon l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de

E. 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 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 consid. 1 ; 102 V 41 consid. 1 ; RCC 1981 p. 519 consid. 3a). 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 120 V 279 consid. 3a ; 115 V 194 consid. 3 ; 112 V 349 consid. 2 ; 105 V 19 ; 104 V 82 et 102 V 42). Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 ; ATF 101 V 43

consid. 3b avec les références). De plus, l'amélioration au sens de l'art. 12 al. 1 LAI 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 (ATF 101 V 43 consid. 3c ; TF 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3).

6. Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

7. En l'espèce, le suivi de physiothérapie dont la prise en charge est requise par le recourant ne concerne pas le traitement d'une maladie correspondant à l'une des infirmités congénitales énumérées dans l'annexe à l'OIC. Comme l'a relevé le SMR, il ressort des pièces médicales versées au dossier que c'est après une chute à ski, en janvier 2016, que le recourant a commencé à présenter des douleurs aux genoux et a perdu progressivement la capacité de marcher. Malgré de multiples investigations, aucune cause somatique n'a été mise en évidence et les diagnostics de troubles fonctionnels et de syndrome de conversion ont été retenus lors de son hospitalisation de juillet 2020 à l'hôpital SL. _____. Le fait que le recourant est né prématurément et s'est vu par le passé reconnaître l'existence d'infirmités congénitales et le droit à des mesures médicales de l'assurance-invalidité n'est pas déterminant dès lors que le trouble qu'il présente actuellement, et pour lequel il demande la prise en charge du traitement de physiothérapie, ne figure pas dans la liste des infirmités congénitales de l'OIC. A noter que le trouble de la marche n'est aucunement lié à sa naissance prématurée, de laquelle il s'est très bien remis, mais est apparu des années plus tard, à la suite d'une chute à ski, et s'est aggravé avec l'utilisation d'un fauteuil roulant. Les rapports des physiothérapeutes W. _____ et Q. _____ produits en procédure, qui confirment le diagnostic de trouble fonctionnel et n'apportent pas d'éléments nouveaux, ne permettent pas de faire un autre constat. Si l'intimé a déclaré ne pas être insensible aux préoccupations des parents du recourant et a admis les bienfaits de la physiothérapie entreprise, ces éléments ne permettent pas de déroger au cadre légal, comme l'a relevé à juste titre l'Office AI. Les difficultés financières que le refus de prise en charge pourrait occasionner à la famille du recourant ne sont pas des considérations entrant en ligne de compte dans le cadre de l'examen du droit à des mesures médicales par l'assurance-invalidité. Enfin, il n'incombe pas à l'intimé de compléter la liste des infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI, étant rappelé que le trouble du recourant n'est de toute manière pas de nature congénitale. Quand bien même le refus de prise en charge de l'ergothérapie n'est plus contesté au stade du recours, il est précisé, à toutes fins utiles, que ce traitement, également prescrit pour le trouble fonctionnel du recourant, ne relève pas de l'assurance-invalidité

sous l'angle de l'art. 13 LAI, dès lors que le trouble fonctionnel caractérisé par un syndrome douloureux ne correspond pas à une infirmité congénitale selon l'OIC comme vu précédemment. Les conditions de l'art. 13 LAI pour une prise en charge des consultations réalisées à l'hôpital SL. _____ et à l'hôpital N. _____ depuis janvier 2020 ne sont pas non plus réalisées, ces consultations n'ayant pas été effectuées en raison d'une infirmité congénitale au sens de l'OIC. En effet, la densitométrie osseuse effectuée le 3 juin 2020 a montré des résultats dans la norme et n'a révélé aucune pathologie. L'examen effectué au service d'audiologie pédiatrique et à la consultation de néphrologie de l'hôpital SL. _____ s'est avéré lui aussi normal et le recourant ne présente aucune infirmité congénitale relevant de ces domaines de la médecine. Le dossier, en particulier le rapport du 17 août 2021 du Dr FO. _____, exclut par ailleurs la présence d'une infirmité congénitale sur le plan psychique. Il en va de même pour l'obésité présentée par le recourant, pour laquelle de l'exercice physique et une modification de son alimentation et de son hygiène de vie lui ont été recommandés par les médecins de l'hôpital SL. _____. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant aux mesures médicales sollicitées sous l'angle de l'art. 13 LAI. 8. Les conditions pour une prise en charge des mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI ne sont pas non plus réalisées dans le cas d'espèce. La Dre K. _____ a relevé que le traitement de physiothérapie et d'ergothérapie prescrit au recourant pour son trouble fonctionnel avait pour objectif de récupérer une mobilité. La physiothérapeute Q. _____ a mentionné que les objectifs du traitement étaient de renforcer les membres inférieurs, d'augmenter le temps d'exercices en position debout et d'augmenter le périmètre de marche avec les cannes, puis sans moyen auxiliaire. Le physiothérapeute W. _____ a lui aussi confirmé que le recourant présentait des troubles dits fonctionnels de l'adolescent caractérisés par des douleurs et de la fatigue et que le but de la thérapie était de retrouver une autonomie totale de ses mouvements, en particulier la marche. Ainsi, comme l'a retenu à juste titre le SMR, le recourant présente une pathologie labile et le traitement par physiothérapie et ergothérapie n'a pas un but de réadaptation mais constitue le traitement de l'affection en tant que telle. Par ailleurs, il ressort des pièces versées au dossier que la durée des mesures médicales n'est pas déterminée et reste aléatoire. Dans son rapport du 20 janvier 2020, le physiothérapeute W. _____ a relevé que la durée du traitement était difficilement prédictible en raison de la situation psycho-sociale du recourant. Interrogée sur ces points, la Dre K. _____ a indiqué, le 13 novembre 2020, qu'il n'était pas possible de prévoir la durée du traitement ni de prédire le pronostic. Si selon l'expérience du Dr X. _____ le pronostic était généralement favorable à moyen terme, il ne pouvait pas prédire dans le cas spécifique du recourant ni la durée du traitement ni le pronostic compte tenu de la nature de son trouble. Au vu de ce qui précède, les conditions d'octroi de mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI ne sont pas réalisées et l'intimé était fondé à les refuser. 9. a) Le recourant invoque une violation de l'art. 8 al. 2 Cst., qui prévoit que nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique. Une discrimination au sens de l'art. 8 al. 2 Cst. est réalisée lorsqu'une personne est juridiquement traitée de manière différente, uniquement en raison de son appartenance à un groupe déterminé historiquement ou dans la réalité sociale contemporaine, mise à l'écart ou considérée comme de moindre valeur. La discrimination constitue une forme qualifiée d'inégalité de traitement de personnes dans des situations comparables, dans la mesure où elle produit sur un être humain un effet

dommageable, qui doit être considéré comme un avilissement ou une exclusion, car elle se rapporte à un critère de distinction qui concerne une part essentielle de l'identité de la personne intéressée ou à laquelle il lui est difficilement possible de renoncer (ATF 145 I 73 consid. 5.1 ; 143 I 129 consid. 2.3.1). Le recourant ne précise pas les éléments sur lesquels il se fonde pour soutenir une violation de ce principe constitutionnel, et l'on ne voit pas en quoi l'art. 8 al. 2 Cst. aurait été violé par l'intimé, qui a appliqué les dispositions légales de manière correcte. b) Le recourant se prévaut également d'une violation de la CDPH. Cette Convention a été adoptée le 13 décembre 2006 à New York par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Elle est entrée en vigueur le 3 mai 2008, et le 15 mai 2014 pour la Suisse. Comme le relève le Département fédéral de l'intérieur, la Convention ne crée pas de droits spéciaux pour les personnes handicapées, elle reprend les droits fondamentaux des différents instruments des droits de l'homme et les transpose à la situation particulière des personnes handicapées, en spécifiant et concrétisant leur application, le but étant que les personnes en situation de handicap puissent exercer leurs droits dans la même mesure que les personnes non handicapées. Elle contient donc des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. La Convention s'adresse surtout aux Etats parties et contient une majorité de dispositions à caractère programmatique, ce qui signifie qu'elle contient des objectifs qui s'adressent aux Etats parties et non des droits directement justiciables pour les particuliers. Les Etats doivent mettre en œuvre ces obligations progressivement, dans leur législation nationale et avec leurs ressources. Elle laisse une marge de manœuvre importante aux Etats parties (<https://www.edi.admin.ch/edi/fr/home/fachstellen/bfeh/droit/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>, consulté le 17 janvier 2023 ; cf. également Message du Conseil fédéral du 19 décembre 2012 portant approbation de la Convention du 13 décembre 2006 relative aux droits des personnes handicapées, FF 2013 601, 603). Au vu de ce qui précède, il ne peut être fait grief à l'intimé d'avoir rejeté la prise en charge des mesures médicales sollicitées en violation de cette Convention. Au demeurant, le recourant ne précise pas quelle disposition de la CDPH aurait été violée, se limitant à citer la définition de la notion de « personnes handicapées » figurant à l'article 1 relatif à l'objet de la Convention. 10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions entreprises confirmées, sans qu'un complément d'instruction ne soit nécessaire. En effet, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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