

VD_GERICHTE ZD11.025888 vom 24. April 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.025888

FR: VD_GERICHTE ZD11.025888 du 24 avril 2012

IT: VD_GERICHTE ZD11.025888 del 24 aprile 2012

Erwägungen

E. 5

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants

- 18 - 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 de 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 de l'expert 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 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

E. 6

a) En l'espèce, l'OAI a refusé la prise en charge des mesures médicales relatives au reflux gastro-œsophagien du recourant, au motif que ce trouble ne serait pas d'origine congénitale. En effet, l'intimé considère que le droit à la prise en charge de cette affection est subordonné à la condition que l'assuré ait présenté des vomissements dès la naissance ou juste après. Or, selon l'OAI, le dossier médical du recourant ne mentionne pas de tels vomissements. Pour sa part, le recourant, par l'intermédiaire de ses parents, estime que le reflux gastro-œsophagien qu'il présente est d'origine congénitale, de sorte que le droit à la prise en charge des mesures médicales relatives à cette affection doit lui être reconnu. b) Il n'est pas contesté que le recourant présente un reflux gastro-œsophagien ayant nécessité un traitement chirurgical. Il convient toutefois de déterminer si ce trouble est d'origine congénitale. aa) A ce propos, le jugement du TASS du 23 décembre 2008 (AI 275/2007 – 15/2008) invoqué par le recourant mentionne ce qui suit, en référence à un courrier rédigé le 18 octobre 2007 (ou le 28 octobre 2007, selon que l'on se réfère à la let. B ou au consid. 5b du jugement précité) par le Prof. K. _____ :

- 19 - " - depuis quelque temps, l'AI entre en matière sur la prise en charge d'un reflux gastro-œsophagien s'il s'agit "d'un reflux gastro-œsophagien présent chez un nourrisson qui vomit régulièrement à chaque repas depuis sa naissance et chez qui on diagnostique radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà des premiers mois de vie". Cette interprétation extrêmement restrictive révèle une

méconnaissance du problème du reflux gastro-œsophagien tel qu'on le connaît depuis une décennie environ. En effet, le reflux gastro-œsophagien peut parfois être dû à une anomalie anatomique comme la hernie hiatale, mais, le plus souvent, il constitue un trouble fonctionnel lié à une dysmotilité de l'œsophage. On admet actuellement qu'un grand nombre de nouveau-nés, et ce d'autant plus fréquemment s'ils sont prématurés, présente à la naissance des troubles de la contraction œsophagienne soit sous forme d'absence complète de péristaltisme, soit sous forme de mouvements anormaux d'anti-péristaltisme. Ces troubles sont liés essentiellement à l'immaturation œsophagienne. Ils entraînent un reflux gastro-œsophagien qualifié de simple, qui, dans l'immense majorité des cas, disparaît avec la croissance de l'enfant au cours des premiers mois de vie. Ainsi, dans la plupart des cas de reflux gastro-œsophagiens du nourrisson, il est recommandé de ne procéder à aucune investigation et de traiter les sujets empiriquement par des stratégies de positionnement (position semi-assise), par l'épaississement des laits et par un traitement médicamenteux simple de reflux gastro-œsophagien; - chez environ 30% des enfants, les vomissements constituent un des symptômes du reflux gastro-œsophagien, mais ce trouble peut également se manifester notamment par des symptômes respiratoires; - si le reflux persiste au-delà d'un certain âge, on ne parle plus d'un reflux simple et il y a alors lieu de l'investiguer pour en comprendre les causes et proposer un traitement spécifique. Selon les sources de la littérature, cette limite d'âge est variable et se situe entre six mois et un an, mais parfois même plus tard, pour certains auteurs; - si un enfant présente au-delà d'un an une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien, telle que des vomissements, mais également des douleurs, des problèmes respiratoires (toux, bronchite spastique, pneumonie à répétition), il y a lieu de procéder à des investigations. A moins que l'enfant ne soit en danger, il n'est jamais proposé d'emblée de traitement chirurgical même si une hernie hiatale est présente. Un traitement conservateur de reflux gastro-œsophagien est toujours tenté pour une période de trois à six mois. L'indication à opérer n'est posée qu'après échec avéré du traitement conservateur ou récurrence de la symptomatologie à l'arrêt de celui-ci." Le 18 octobre 2007, le Prof. K. _____, spécialiste reconnu en chirurgie digestive haute et thoracique, a ainsi constaté que le ch. 280 CMRM procède d'une interprétation extrêmement restrictive qui révèle une méconnaissance du problème du reflux gastro-œsophagien, à tout le

- 20 - moins en l'état de la science médicale depuis une décennie environ. En effet, le reflux gastro-œsophagien peut parfois être dû à une anomalie anatomique comme la hernie hiatale, mais, le plus souvent, il constitue un trouble fonctionnel lié à l'immaturation de l'œsophage qui disparaît avec la croissance de l'enfant et ne nécessite pas d'opération. Si le reflux persiste au-delà d'un certain âge, il faut procéder à des investigations, et, si le traitement conservateur échoue, opérer. Les vomissements n'apparaissent que dans environ 30% des cas. La symptomatologie, outre de possibles vomissements, consiste en des douleurs, des problèmes respiratoires, la prise de petites collations, une mauvaise prise pondérale, de fréquentes positions en opisthotonos ou des mouvements de Sandifer, et de nombreuses affections ORL. bb) Dans le cadre de la présente affaire, il ressort clairement des rapports médicaux du Prof. K. _____ que l'assuré présente un reflux gastro-œsophagien congénital. Les conclusions de ce spécialiste sont en outre confirmées par les constatations de la Dresse Z. _____. Quant au Dr S. _____, il ne donne aucun avis médical sur le reflux gastro-œsophagien en tant que tel, mais se contente d'affirmer que l'assuré n'a pas présenté de vomissements à la naissance de sorte qu'il n'a pas droit à la prise en charge de son atteinte. Cela étant, contrairement à ce que retient le Dr S. _____, on ne saurait faire

abstraction du fait que l'assuré a présenté les symptômes suivants dès la naissance : des douleurs importantes, des réveils nocturnes, une dysphagie aux morceaux, le refus de produits acides, un mérycisme, des mouvements de Sandifer, et un désintérêt pour la nourriture et les boissons. Les examens pratiqués ont par ailleurs révélé un reflux gastro-œsophagien congénital extrêmement important sur hernie hiatale par glissement ainsi que la présence d'un endobrachy-œsophage résultant directement du reflux gastro-œsophagien. Or, pour déterminer s'il y a infirmité congénitale, c'est la symptomatologie et non la pathogenèse de l'affection qui est déterminante (cf. consid. 3c supra). A cela s'ajoute qu'en l'espèce, le dossier contient un avis dûment motivé d'un médecin spécialisé – à savoir le Prof. K. _____, dont les conclusions

- 21 - claires et convaincantes apparaissent dignes de foi (cf. consid. 5 supra) – qui atteste que le reflux gastro-œsophagien de l'assuré est congénital; cet avis doit dès lors être tenu pour déterminant (cf. consid. 3c supra). c) Selon l'OAI, il faut interpréter le ch. 280 OIC à la lumière du ch. 280 CMRM qui en expose la motivation historique, à savoir l'existence d'un critère de gravité dans l'exigence de vomissements dès la naissance, un nourrisson qui vomit régulièrement après chaque repas depuis sa naissance encourrant un risque vital. Le recourant soutient que ce chiffre de la circulaire est contraire à la loi, une directive ne pouvant en aucun cas étendre le champ d'application d'une ordonnance claire, et le critère de gravité introduit par l'OAI et l'OFAS ne trouvant aucun appui ni dans la loi, ni dans l'ordonnance, ni encore dans le ch. 280 CMRM. A l'instar du recourant, on relèvera que le critère de gravité lié à une éventuelle sous-alimentation due aux vomissements et pouvant entraîner une croissance insatisfaisante, voire le décès, ne figure pas dans la CMRM du 1er janvier 2010 en vigueur au moment de la décision litigieuse. Seule la CMRM dans sa version au 1er mars 2012 mentionne que les vomissements doivent en plus d'être réguliers être abondants, et qu'un retard de croissance staturo-pondérale doit être médicalement attesté et documenté. Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Il n'est nullement exigé dans cette disposition que des symptômes de la maladie, en l'occurrence des vomissements, se manifestent dès la naissance. Une telle exigence serait d'ailleurs contraire à l'égalité de traitement entre assurés atteints de cette affection puisque lesdits symptômes n'existent que dans environ 30% des cas. En outre, si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant

- 22 - (cf. art. 1 al. 1 phr. 3 OIC). Ainsi, la date à laquelle le diagnostic de l'affection en cause est posé n'est en tout cas pas décisive. L'infirmité 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. Il est ainsi possible, après coup, de dire que telle ou telle affection était en réalité présente depuis la naissance. En vertu de l'art. 2 al. 1 OIC, le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, ce qui implique que dites mesures ne sont pas nécessairement mises en oeuvre dès la naissance. Or, en l'espèce, une opération a été nécessaire en raison d'un reflux gastro-œsophagien congénital. Le diagnostic n'est pas remis en cause, ni l'existence de l'opération. De ce seul fait, les conditions du ch. 280 OIC sont remplies. Les exigences de l'AI, à savoir qu'il faut que l'enfant vomisse à chaque repas et que l'on ait confirmé une hernie hiatale ou une insuffisance du cardia radiologiquement de façon très précoce, sont dès lors contraires à la

loi et à l'OIC. En ce qui concerne le critère de gravité invoqué par l'OAI, on relèvera tout d'abord que le ch. 280 OIC prévoit déjà légalement un critère de gravité, en ce sens que l'office ne doit prendre en charge le reflux gastro-œsophagien que lorsqu'une opération est nécessaire. Cela étant, il faut souligner que le Tribunal fédéral (ATF 120 V 89 consid. 3) a tranché le point de savoir si l'infirmité qui n'avait pas encore atteint le degré de gravité requis à la naissance de l'assuré, mais seulement postérieurement, devait également être considérée comme congénitale déjà lors de son apparition, ou uniquement depuis la réalisation dudit degré figurant dans l'annexe à l'OIC. A cet égard, la Haute Cour a retenu qu'il n'y avait pas de raison de traiter différemment les litiges qui pourraient survenir dans les deux situations précitées. Il est en effet conforme au sens et au but de la loi que chaque infirmité congénitale ouvre en principe le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, qu'elle soit grave ou non, à l'exception toutefois des cas de peu d'importance. Ainsi, dès que les manifestations de l'infirmité atteignent, à un moment ou à un autre, le

- 23 - degré de gravité requis ou qu'elles nécessitent de procéder à une intervention chirurgicale, comme en l'espèce, il est logique de les assimiler, dès le début du traitement (art. 2 al. 1 et 2 OIC) et jusqu'à la majorité de l'assuré (art. 3 OIC), aux infirmités congénitales pures et simples qui ne dépendent pas d'un critère de gravité. Cela est du reste conforme au but de la prise en charge des infirmités congénitales par l'assurance-invalidité, savoir encourager et financer dès le plus jeune âge la correction – plus facile, plus efficace et moins coûteuse qu'ultérieurement – des handicaps assez graves pour être de nature à réduire la capacité de gain de l'assuré à l'âge adulte. Ces impératifs clairs priment l'interprétation historique contraire proposée par l'OFAS (ATF 120 V 89 consid. 3b). Le ch. 280 de l'annexe à l'OIC n'implique dès lors pas que le diagnostic doive avoir été posé de manière précoce, soit juste après la naissance, ni que les symptômes de reflux gastro-œsophagien doivent d'emblée avoir été attribués à une affection spécifique. A suivre le raisonnement de l'OFAS, seuls les cas nécessitant une opération dès la naissance ou les premiers mois de vie devraient être pris en charge. Un tel raisonnement n'est pas conforme à la systématique de l'OIC. En effet, contrairement à d'autres chiffres de l'OIC (ch. 282, 404, 451, 467, 495 et 498), le ch. 280 OIC n'impose pas que les symptômes essentiels qui caractérisent le reflux gastro-œsophagien apparaissent dans un laps de temps déterminé. La seule condition concerne la nécessité de l'opération. Si l'OFAS veut y ajouter des conditions supplémentaires, celles-ci doivent figurer dans l'ordonnance et non dans une simple circulaire, une ordonnance administrative ne pouvant pas priver les destinataires des droits qui découlent de la loi et des textes d'application conformes à ladite loi. Il s'ensuit que le ch. 280 CMRM établit des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables. En ce qui concerne la nécessité (historique) d'avoir une couverture AI à défaut de couverture d'assurance-maladie, on relève que ces deux assurances poursuivent le même but, mais que pour les

- 24 - affections congénitales, c'est l'AI qui intervient en priorité (TF 9C_530/2010 du 31 mai 2011). d) En définitive, au vu des considérants qui précèdent, force est de reconnaître en l'occurrence l'existence d'une affection congénitale même en l'absence de vomissements constatés dès le début de la vie. Cela étant, l'autorité de céans considère que, au sens de la vraisemblance prépondérante, le recourant présente un reflux gastro-œsophagien congénital ayant nécessité une opération, de sorte que le droit à la prise en charge des mesures médicales relatives à ce trouble doit lui être reconnu.

a) Il s'ensuit que le recours doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à la prise en charge des mesures médicales relatives au reflux gastro-œsophagien est reconnu au recourant. b) Vu l'issue du litige, le présent arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD). Le recourant, qui obtient gain de cause, s'est fait assister par un mandataire durant la procédure. Il a par conséquent droit à des dépens qui doivent être fixés en fonction de la difficulté de la procédure et du travail fourni par le conseil (art. 61 litt. g LPGA). En l'espèce, il se justifie d'arrêter équitablement à 2'500 fr. la somme allouée à titre de dépens.

- 25 -

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