

VD_GERICHTE ZD13.025408 vom 17. Juli 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.025408

FR: VD_GERICHTE ZD13.025408 du 17 juillet 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.025408 del 17 luglio 2014

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69

- 6 - al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse n'excédant pas 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à la prise charge du renouvellement de ses lunettes par l'assurance-invalidité, conformément à sa demande du 21 janvier 2013.

E. 3

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir,

- 7 - maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21 LAI, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (art. 8 al. 2 LAI). Les mesures de réadaptation comprennent notamment des

mesures médicales et l'octroi de moyens auxiliaires (art. 8 al. 3 let. a et d LAI). b) La LAI prévoit l'octroi de mesures médicales en général (art. 12 LAI) et en cas d'infirmité congénitale, en particulier (art. 13 LAI). aa) A teneur de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou 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 79 consid. 1, 102 V 40 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

- 8 - jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. Ce n'est qu'au moment où la phase du phénomène pathologique labile est achevée et qu'un état stabilisé ou relativement stabilisé est apparu, qu'on peut se demander – dans le cas des assurés majeurs – si une mesure médicale est une mesure de réadaptation. 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 277 consid. 3a, 115 V 191 consid. 3, 112 V 347 consid. 2, 105 V 19 et 147, 104 V 82 et 102 V 40). bb) A teneur de l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de vingt ans révolus. Ces prestations relèvent des mesures de réadaptation (art. 8 al. 3 let. a LAI). Dans ce contexte, 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 (dans ce sens, art. 8 al. 1 LAI). 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 (cf. TFA I 174/03 du 28 décembre 2004 consid.

E. 3.1

et la jurisprudence citée). Par ailleurs, le droit aux mesures prévues par l'art. 13 al. 1 LAI existe indépendamment de la possibilité d'une future

- 9 - réadaptation dans la vie professionnelle (art. 8 al. 2 LAI), contrairement au droit visé par la disposition générale de l'art. 12 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 (cf. TFA I 174/03 précité, loc. cit.). Aux termes de l'art. 13 al. 2 LAI, 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. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC, RS 831.232.21), laquelle contient, en annexe, une liste des infirmités réputées congénitales au sens de l'art. 13 LAI. Cette liste comprend notamment les anomalies congénitales de réfraction avec acuité visuelle de 0.2 ou moins à un œil ou 0.4 ou moins aux deux yeux (ch. 425 de l'annexe à l'OIC), affections correspondants à celles dont souffre le recourant. L'art. 3 OIC rappelle en outre que le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré a accompli sa vingtième année, même si une mesure entreprise avant ce délai est poursuivie. c) Selon l'art. 21 al. 1, 2e phrase, LAI, les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation. D'après le ch. 7.01* de l'annexe à l'OMAI (Ordonnance du 28 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité, RS 831.232.51), applicable par renvoi des art. 21 al. 1 LAI et 14 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), l'assuré a droit à la remise de lunettes si elles constituent le complément important de mesures médicales de réadaptation. Selon le ch. 2069* de la circulaire de l'OFAS concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (CMAI), les lunettes et les verres de contact sont remis en lien avec l'exécution d'une mesure médicale visée à

- 10 - l'art. 12 LAI lorsque le succès de la mesure médicale est subordonné à l'utilisation de lunettes ou de verres de contact. Les lunettes remises en vertu de l'art. 13 LAI pour cause d'infirmité congénitale 419 (opacités congénitales du cristallin ou du corps vitré et anomalies de position du cristallin) sont considérées comme des moyens auxiliaires ; toutes les autres lunettes remises en vertu de l'art. 13 LAI sont des appareils de traitement. Selon le ch. 411-428.3 de la circulaire de l'OFAS sur les mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité (CMRM), l'assurance-invalidité prend les lunettes à sa charge dans tous les cas au titre d'appareils de traitement, aussi longtemps que des mesures médicales à la charge de l'assurance-invalidité peuvent être accordées.

E. 4

En l'espèce, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré aux mesures médicales, en application de l'art. 13 LAI, et à la prise en charge de lunettes, considérées comme le complément important des mesures médicales de réadaptation conformément au ch. 7.01* OMAI. Dans sa décision du 11 mars 2005, l'OAI a expressément mentionné que les coûts du traitement de l'infirmité congénitale n° 425 OIC ainsi que les appareils médicalement prescrits pour ce traitement étaient pris en charge jusqu'au 31 mars 2012. De ce fait, il a admis la prise en charge des lunettes au titre d'appareil de traitement aussi longtemps que les mesures médicales à la charge de l'assurance-invalidité pouvaient être accordées, soit jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'assuré accomplissait sa vingtième année. En effet, de par la loi, le droit aux mesures médicales s'éteint sans exception au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré accomplit sa vingtième année, même si un traitement continue au-delà de ce terme (art. 3 OIC ; voir également ch. 15 CMRM). Né le [...] mars 1992, le recourant voyait

ainsi son droit aux mesures médicales nécessaires au traitement de son infirmité congénitale s'éteindre au 31 mars 2012 ; les lunettes, moyen auxiliaire qui en était le complément, ne pouvaient dès lors plus être prises en charge par l'assurance-invalidité au-delà de cette date.

- 11 - Il est superflu de déterminer si la prétention du recourant peut lui être accordée sur la base de l'art. 12 LAI, eu égard au fait que cette disposition, comme l'art. 13 LAI, limite explicitement la prise en charge des mesures médicales à l'âge de vingt ans. A cet égard, on constate, à l'instar de l'intimé, que le recourant se réfère à l'art. 12 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, semblant de ce fait ignorer la modification apportée au 1er janvier 2008 introduisant la limitation à l'âge de vingt ans. La même erreur est également répétée s'agissant de l'art. 8 al. 2 LAI, où la citation de l'art. 19 aLAI n'y figure plus depuis l'abrogation de cet article au 1er janvier 2008. Par ailleurs, les diagnostics posés et les considérations exposées par le Dr Z. _____ dans ses rapports médicaux ne sont pas de nature à remettre en cause la position de l'intimé, dans la mesure où le critère de délimitation de la compétence entre l'assurance-invalidité et l'assurance-maladie est en premier lieu d'ordre juridique, et non pas médical (cf. ch. 31 CMRM). En définitive, le recourant ne bénéficie plus de mesures médicales de l'assurance-invalidité depuis qu'il a accompli sa vingtième année, si bien que le droit à la prise en charge de lunettes est exclu en vertu de l'art. 7.01* de l'annexe à l'OMAI. Dans ces conditions, l'OAI était fondé à refuser la prise en charge du renouvellement des lunettes, telle que demandée conformément à la facture de la maison [...] SA du 30 novembre 2012. Les griefs du recourant sont donc mal fondés.

E. 5

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. En dérogation de 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'assurance-invalidité 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

- 12 - doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 200 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 14 mai 2013 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Flore Primault (pour A.Q. _____) - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies.

- 13 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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