

# VD\_GERICHTE ZD23.017765 vom 3. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.017765](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.017765)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.017765 du 3 juillet 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD23.017765 del 3 luglio 2024

## Erwägungen

### E. 3

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 établit une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il peut 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

- 11 - 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, 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., p. 424). 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). b) Selon 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

- 12 - 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,

- 13 - 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). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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).

#### **E. 4**

août 2022 de la Dre Y. \_\_\_\_\_, du SMR, laquelle a déclaré que ces traitements n'étaient pas en lien avec l'une des infirmités congénitales reconnues par l'OIC. aa) Concernant la prise en charge sur la base du ch. 395 OIC (« Légers troubles moteurs cérébraux »), cette disposition indique que les traitements sont accordés jusqu'à l'accomplissement de la deuxième année de la vie de l'assuré. Cette règle est également reprise au ch. 395

- 14 - CMRM (Circulaire de l'OFAS sur les mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité, état au 1er juillet 2021), lequel précise que la physiothérapie ne peut être prise en charge que jusqu'à l'âge de deux ans. Au regard de ces éléments, c'est donc à juste titre que l'intimé – en ce qui concerne cette infirmité congénitale – a limité le droit du recourant à de telles mesures médicales jusqu'au 30 juin 2021, soit à la fin du mois auquel celui-ci a atteint sa deuxième année. Certes, comme l'a fait remarquer l'assuré, le ch. 395 OIC a été modifié avec effet au 1er janvier 2022, avec l'entrée en vigueur de l'OIC-DFI. C'est toutefois l'ancien droit, dans sa teneur au 31 décembre 2021, qui trouve application dans le cas d'espèce (cf. supra consid. 2b), si bien que cette modification n'a aucune influence sur le traitement de la présente cause. Il appartiendra néanmoins à l'intimé de se prononcer sur cette question dans une décision ultérieure, compte tenu de la demande formelle de l'intéressé à cet égard dans son recours du 24 avril 2023. bb) Quant à la prise en charge de la physiothérapie et de l'ergothérapie sous l'angle du ch. 387 OIC (« Epilepsies congénitales »), le Dr Z. \_\_\_\_\_ a relevé, dans son rapport du 19 octobre 2021, que l'épilepsie était « sous contrôle » et n'impactait pas le développement du recourant. Il ressort en outre d'un rapport établi le 16 décembre 2021 par ce même spécialiste que, sur le plan épileptique, la situation était stable et contrôlée grâce au traitement médicamenteux. Partant, il apparaît que l'épilepsie dont souffre le recourant n'a plus d'effet négatif sur son état de santé, de sorte que l'intimé était légitimé à refuser l'octroi des mesures médicales précitées en raison de cette infirmité congénitale. cc) Enfin, s'agissant de la prise en charge des traitements susmentionnés à l'aune du ch. 381 OIC, le Dr V. \_\_\_\_\_, a indiqué, dans son rapport du 17 mai 2021, qu'excepté une microcéphalie, le recourant ne souffrait pas de malformation cérébrale, tout en précisant que les troubles développementaux s'expliquaient par le variant génétique. Ces observations n'ont jamais été contredites par les autres médecins traitants de l'assuré. Il ne peut dès lors être reproché à la Dre Y. \_\_\_\_\_ et à

- 15 - l'intimé d'avoir écarté cette infirmité congénitale, laquelle suppose des malformations du système nerveux et de ses enveloppes. dd) En revanche, en ce qui concerne la prise en charge de la physiothérapie et de l'ergothérapie en application du ch. 390 OIC (« Paralysies cérébrales congénitales »), l'avis du 4 août 2022 du SMR traite ce point de manière très succincte, se contentant de déclarer qu'aucun élément médical ne permettait d'envisager l'octroi d'une autre infirmité congénitale sur le plan neurologique. Cette position a été validée par le juriste de l'intimé dans un avis du 2 mars 2023, lequel a affirmé de manière péremptoire que ces thérapies n'étaient en lien avec aucune infirmité congénitale actuellement reconnue dans l'OIC. Or, selon la CMRM, les paralysies cérébrales ne représentent pas une pathologie unitaire, mais un complexe symptomatologique réunissant un groupe d'encéphalopathies statiques caractérisées par des troubles neurologiques clairement définissables, une spasticité, une dyskinésie et une ataxie, une apparition précédant la fin de la période néonatale, l'absence d'une évolution et, souvent, des troubles associés tels que difficultés d'apprentissage, handicap mental, troubles de la vue ou épilepsie (ch. 390.1 CMRM ; cf. aussi TF 9C\_818/2009 du 20 novembre 2009 consid. 3.2.1). Il s'agit donc d'une infirmité congénitale complexe sur le plan médical, dont la reconnaissance nécessite un examen approfondi. Aussi, les appréciations – très sommaires – des services médical et juridique de l'intimé sur cette question délicate apparaissent insuffisantes et ne permettent pas d'emblée d'exclure – au degré de la vraisemblance prépondérante – une infirmité congénitale au sens du ch. 390 OIC. Il en est de même des avis des médecins traitants du recourant, en particulier ceux des Drs V. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, lesquels n'ont formulé, dans le cadre de leurs divers rapports respectifs,

aucune observation sur la symptomatologie caractérisant cette infirmité congénitale, notamment la présence d'une spasticité, d'une dyskinésie ou d'une ataxie. On ne saurait au demeurant nier d'entrée l'existence d'un trouble cérébral du seul fait que l'assuré souffre d'une maladie génétique, et cela d'autant plus qu'un droit limité aux traitements sur la base du ch. 395 OIC, soit pour des légers troubles moteurs cérébraux, lui a par le passé été reconnu.

- 16 - Compte tenu de ce qui précède, l'intimé n'était pas en droit de refuser la prise en charge des séances de psychothérapie et d'ergothérapie sur la base des seules conclusions de la Dre Y. \_\_\_\_\_, sans instruire plus avant. Dans la mesure où il n'est pas possible pour la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause sur cet aspect, il convient de renvoyer le dossier à cette autorité, étant donné que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). La question de la prise en charge de ces mesures médicales selon le ch. 390 OIC devra de ce fait être confiée à un spécialiste, lequel se prononcera après avoir examiné l'assuré. b) La prolongation de la prise en charge des séances de physiothérapie et d'ergothérapie a également été refusée au recourant sur la base de l'art. 12 LAI. A cet égard, la Dre Y. \_\_\_\_\_, du SMR, a conclu, dans son avis du 4 août 2022, que les conditions de cette disposition n'étaient pas réalisées. Selon elle, les séquelles n'étaient notamment pas stabilisées, si bien qu'il était à l'heure actuelle trop tôt pour prévoir l'évolution de l'assuré, lequel était atteint d'une maladie génétique très rare. Aussi, aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute la position du service médical de l'OAI. Les différentes observations des médecins traitants de l'assuré tendent au contraire à indiquer que la durée prévisible des traitements n'est pas connue. Il ressort ainsi du rapport du 2 septembre 2020 du Dr V. \_\_\_\_\_ que la mise en place d'un suivi en physiothérapie et en ergothérapie était nécessaire pour une période encore indéterminée. Le Dr Z. \_\_\_\_\_, pour sa part, a relevé, dans son rapport du 19 octobre 2021, les difficultés à établir une durée de prise en charge pour l'ergothérapie et la physiothérapie en raison du retard de développement et de l'hypotonie. Puis, dans son rapport du 10 octobre 2022, il a qualifié cette durée de « non prévisible ». S. \_\_\_\_\_ a, quant à lui, expliqué, dans ses rapports des 1er décembre 2020 et 14 juillet 2021, qu'une prise en charge régulière et sur le long terme était opportune,

- 17 - respectivement que la physiothérapie resterait nécessaire dans les années à venir, tout au long de la croissance de son patient. En revanche, ni ce thérapeute ni le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne se sont prononcés sur cette question dans leurs rapports respectifs du 10 mai et des 4 et 31 octobre 2023 produits par l'intéressé dans le cadre de la procédure de recours. Dès lors, au vu du caractère aléatoire de la durée des mesures médicales précitées, on ne saurait attendre de ces dernières – conformément aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 3b in fine ; cf. également TF 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3 et 5.2 in fine) – un résultat certain par rapport au but visé dans un laps de temps déterminé. Compte tenu de ces éléments, force est d'admettre qu'une des conditions de l'art. 12 LAI fait en l'occurrence défaut, de sorte que la position de l'intimé sur ce point échappe à toute critique.

## **E. 5**

a) En définitive, la recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 10 mars 2023 par l'intimé annulée. La cause est renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de

contestations portant sur des 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 intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

- 18 -

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