

VD_GERICHTE ZD24.009344 vom 17. September 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.009344

FR: VD_GERICHTE ZD24.009344 du 17 septembre 2024

IT: VD_GERICHTE ZD24.009344 del 17 settembre 2024

Erwägungen

E. 4

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, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des

- 6 - différentes mesures soient remplies (let. b). Les mesures médicales, au sens de l'art. 8 al. 3 let. a LAI en relation avec les art. 12 ss LAI, font partie de ces mesures de réadaptation. Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle (art. 8 al. 2 LPGA). b) Conformément à l'art. 14ter al. 1 LAI, le Conseil fédéral détermine notamment les conditions auxquelles doivent satisfaire les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 al. 3 LAI (let. a), les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI (let. b) et les prestations de soins dont le coût est pris en charge (let. c). Il peut déléguer au Département fédéral de l'intérieur (DFI) ou à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) les compétences visées aux alinéas 1 à 3 (art. 14ter al. 4 LAI). c) Les conditions d'octroi des mesures médicales selon les art. 12 et 13 LAI ainsi que la nature des mesures pouvant entrer en considération sont précisées dans la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) édictée par l'OFAS. Selon la jurisprudence, les directives administratives s'adressent aux organes d'exécution. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit mais sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, en visant à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il peut les prendre en considération lorsqu'elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 148 V 144 consid. 3.1.3 ; 133 V 257 consid. 3.2 ; 126 V 64 consid. 4b et les références citées).

- 7 -

E. 5

a) Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 20 ans à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales, au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA, soit toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 13 al. 2 LAI précise que les mesures médicales au sens de l'al. 1 sont accordées pour le

traitement des malformations congénitales, des maladies génétiques ainsi que des affections prénatales et périnatales qui font l'objet d'un diagnostic posé par un médecin spécialiste (let. a), engendrent une atteinte à la santé (let. b), présentent un certain degré de gravité (let. c), nécessitent un traitement de longue durée ou complexe (let. d) et qui peuvent être traitées par des mesures médicales au sens de l'art. 14 LAI (let. e). Dans le cadre des prestations de l'assurance-invalidité, les infirmités congénitales occupent une place particulière, car d'après l'art. 8 al. 2 LAI en relation avec l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leur travaux habituels. La prise en charge de l'assurance-invalidité a pour but de supprimer ou réduire l'atteinte à la santé résultant d'une infirmité congénitale (ATF 115 V 202 consid. 4e/cc). b) Sous le titre XVI "Maladies mentales congénitales et profonds retards du développement", le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI (dont la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 a été jugée conforme à la loi par le Tribunal fédéral (cf. TF 9C_622/2016 du 30 mars 2017 consid. 4.2.1 ; 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.1 et les références citées) prévoit la prise en charge les troubles congénitaux du comportement chez les enfants non atteints d'un retard mental, avec preuves cumulatives de troubles du comportement au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts (1.), de troubles de l'impulsion (2.), de troubles de la perception (fonctions perceptives) (3.), de troubles de la capacité de concentration (4.) et de - 8 - troubles de la mémorisation (5.). Il est encore précisé que le diagnostic doit être posé et le traitement débuté avant l'accomplissement de la neuvième année. Selon la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral sous l'empire de l'aOIC – dont aucun motif ne commande de s'écarter sous l'empire de l'OIC-DFI – ces conditions de diagnostic et de traitement sont cumulatives et constituent des critères de reconnaissance propres à déterminer si le trouble est congénital ou acquis. L'absence d'au moins une de ces deux caractéristiques conduit à la présomption irréfragable qu'il n'y a pas d'infirmité congénitale au sens juridique ; par ailleurs, pour déterminer s'il s'agit d'une infirmité congénitale, les troubles acquis doivent être exclus du diagnostic (TF 9C_418/2016 du 4 novembre 2016 consid. 4 ; 9C_419/2016 du 2 novembre 2016 consid. 4.1 s. et les références citées ; SVR 2016 IV n° 2 consid. 3.2). Il s'agit de conditions du droit à la prestation pour les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI auxquelles il ne peut être renoncé (TF 9C_435/2014 précité consid. 4.1 s. et les références citées, en particulier ATF 122 V 113 consid. 3c/bb). Cette systématisation de la pratique de prise en charge des troubles du comportement vise à garantir l'égalité de traitement dans les décisions. L'exigence d'un diagnostic médical cumulatif de toute une série de symptômes devant être apparus jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans vise également à différencier les infirmités congénitales prises en charge par l'AI des atteintes "acquises" survenues par la suite, dont le traitement de l'affection comme telle n'est pas assumé par l'AI, mais par l'assurance-maladie (ATF 122 V 113 consid. 2a). Le rôle du SMR, le cas échéant à l'aide d'examen complémentaires, n'est pas d'estimer les besoins thérapeutiques, mais de déterminer quelle est l'assurance compétente. c) D'après l'annexe 4 ch. 2.2 CMRM, l'infirmité congénitale n° 404 est un diagnostic qui procède par élimination ; il faut d'abord exclure une pathologie acquise (dans la petite enfance), qui pourrait être la cause d'un syndrome psycho-organique (traumatisme cérébral, encéphalite), puis divers troubles psychiatriques acquis ou réactionnels pouvant aboutir à un syndrome ressemblant au TDA/H : négligence précoce, maltraitance, troubles de l'attachement, facteurs de stress émotionnel et/ou psychique

- 9 - dans un contexte social lourd, difficultés cognitives associées à un retard mental général ou sous-stimulation chez un surdoué. Il existe en outre des troubles du développement limités ou envahissants qui provoquent les mêmes symptômes. Si l'on suspecte un trouble relevant de la pédopsychiatrie, il faut faire appel à un spécialiste. Des comorbidités liées à l'infirmité congénitale n° 404 peuvent apparaître, mais elles ne sont généralement pas la cause majeure de la symptomatique. Dans les rapports médicaux, il est donc très important d'expliquer, par une anamnèse précise, des descriptions illustrant les résultats, des tests psychométriques (intelligence) et des éléments de diagnostic différentiel, qu'il n'y a pas d'étiologie acquise, de façon à bien montrer au médecin du SMR que l'infirmité est congénitale. Le rapport doit donc exposer clairement que les critères d'un TDA/H (selon le DSM-IV / la CIM-10, y compris la durée de la symptomatique) sont remplis, de même que les critères "impulsion et concentration" énoncés au ch. 404.5 CMRM (1.), que la symptomatique (selon le DSM-IV / la CIM-10) se manifeste dans plusieurs domaines de la vie (2.), qu'il y a des troubles instrumentaux spécifiques des fonctions perceptives (troubles de la perception et de l'attention selon le ch. 404.5 CMRM), qui doivent être documentés par un examen de l'enfant (tests psychologiques) (3.), qu'il y a un trouble du comportement, c'est-à-dire de l'affectivité et/ou du contact (4.) et qu'à l'issue du diagnostic différentiel, on peut exclure d'autres troubles psychiatriques comme étiologie principale de la pathologie (5.). C'est à la personne chargée de l'examen qu'il incombe de choisir les tests (différents selon la langue) qui lui permettront de répondre à la question, et de les utiliser conformément à l'état de l'art. Les tests utilisés doivent être standardisés conformément aux principes reconnus par la psychologie appliquée. Les tests non standardisés et non validés ne peuvent pas, à eux seuls, satisfaire avec certitude aux critères de reconnaissance énoncés au ch. 404.5 CMRM (ch. 2.3 annexe 4 CMRM).

E. 6

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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

- 10 - 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. 7

a) En l'espèce, sans remettre en cause le diagnostic de TDAH, tout en rappelant que le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI correspond à une entité médico-assurantielle nécessitant un certain nombre de critères dont des troubles de la perception au sens d'un déficit avéré de la

vision, de l'audition ou du traitement central des perceptions visuelles, auditives, tactiles, stéréognosiques ou proprioceptives, le SMR estime que, dans le cas du recourant, le trouble de la perception n'est pas décrit dans la documentation médicale au dossier, de sorte que le droit aux mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales au sens de l'art.

13 LAI doit lui être nié. b) Cette analyse du SMR doit être confirmée. En effet, l'annexe 4 à la CMRM décrit précisément ce que recouvre la notion de troubles de la perception.

Concernant les troubles de la perception auditive (p. 190 s.), elle mentionne ce qui suit : Au premier plan se trouvent des déficits avérés de la perception visuelle et auditive, qui peuvent entraver l'acquisition du langage. Il n'y a trouble de la perception qu'en présence d'une baisse de certaines performances visuelles ou auditives partielles ou

- 11 - spécifiques. La démarche recommandée ici est de demander des tests standardisés afin d'établir un bilan clair et détaillé. Etant donné l'importance de ce domaine pour les mesures de soutien pédagogiques, il existe un vaste choix de procédures. Il n'est pas toujours facile de distinguer les troubles instrumentaux spécifiques de la perception acoustique des perturbations de l'attention. Pour faire la différence entre une atteinte de la capacité à différencier les sons et une atteinte du traitement séquentiel, on procède à une analyse quantitative des erreurs (par ex. erreurs de syllabes, difficulté à délimiter les mots dans les phrases, notamment à l'écrit sous la dictée, séquences incorrectes). Divers tests d'attention acoustiques et verbaux, comme le test de Mottier, la répétition de chiffres (à l'endroit et à l'envers), les séries de mots, etc., permettent de mettre en évidence des anomalies qualitatives allant dans le sens d'un trouble de la différenciation et indiquant ainsi des troubles de la perception auditive. L'observation clinique et l'anamnèse peuvent aider à faire la distinction. Concernant les troubles de la perception proprioceptive et tactile, l'annexe 4 à la CMRM mentionne (p. 191 s.) : Les troubles instrumentaux spécifiques de la perception proprioceptive et tactile sont plus difficiles à mesurer, mais ils ne doivent pas être négligés en raison de leur importance pour les fonctions d'exécution et d'expression. La graphesthésie comprend la sensibilité tactile, la localisation des contacts, la capacité de percevoir la direction d'un stimulus tactile, ainsi que l'intégration dans un schéma idéal. La stéréognosie constitue le processus complexe permettant de percevoir la forme des objets, qui comporte des éléments d'exécution et d'expression moteurs qui, en cas de découverte isolée, ne convient cependant pas pour étayer de manière définitive la présence de troubles de la perception. La perception proprioceptive (donc, perception de son propre corps et de ses mouvements) peut également être perturbée et entraver le développement. Il est difficile de diagnostiquer des troubles de la graphesthésie, de la stéréognosie et de la proprioception au moyen de tests standardisés, et on interprète souvent à tort des difficultés motrices comme des problèmes de perception. L'important ici est d'estimer la plausibilité du lien entre ce trouble partiel et les troubles fonctionnels de l'enfant à l'école et dans la vie quotidienne. Des anomalies dans ces domaines ne suffisent donc pas à prouver l'existence de troubles de la perception. Or il convient en particulier de relever que ni le rapport de la Dre M. _____ du 8 juin 2023, ni le rapport de bilan psychologique établi par la psychologue W. _____, ne contient d'élément objectif qui plaiderait dans le sens de la présence de troubles de la perception tels que définis ci-dessus. Dans son rapport de bilan psychologique, cette dernière atteste d'ailleurs une compréhension verbale de « moyenne forte » et un indice visuospatial dans la moyenne. Elle estime que le recourant dispose de

- 12 - compétences cognitives préservées et relève que les difficultés du recourant se situent au niveau de ses capacités attentionnelles. A la lecture de son rapport, il apparaît également

que l'intéressé présente davantage de difficultés à l'école qu'à la maison. Enfin, aucun élément au dossier ne suggère que le recourant présenterait des troubles de la perception proprioceptive et tactile. Au contraire, selon l'anamnèse décrite par la psychologue W. _____, le recourant possède une grande aisance dans l'espace et a commencé le cirque à l'âge de 18 mois ainsi que le ski vers l'âge de 2 ans ; sa construction identitaire et son monde interne semblent être relativement bien développés. Compte tenu de ces éléments, on peine à établir le lien entre les éléments évoqués par la Dre M. _____ (répétition des chiffres déficitaires, difficultés à gérer plusieurs consignes à la fois, place de travail en désordre et désorganisée ainsi que pertes d'affaires) et les troubles de la perception tels que définis dans l'annexe 4 à la CMRM, ce d'autant plus que de telles difficultés peuvent s'expliquer par le TDAH (pour les symptômes d'un TDAH, cf. par exemple Michel Bader/Nader Perroud, Trouble du déficit d'attention-hyperactivité de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : état des lieux, in Revue médicale suisse 2012 pp. 1761 ss). Pour le surplus, il sied de relever que la Dre F. _____, bien que de manière très succincte, a exclu l'existence de troubles de la perception chez son patient. En définitive, l'OAI était fondé à refuser les mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI.

E. 8

a) Reste à examiner si les conditions pour une prise en charge en vertu de l'art. 12 LAI sont remplies. b) Selon l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 20 ans, aux mesures médicales de réadaptation qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation pour lui permettre de fréquenter l'école obligatoire, de suivre une formation professionnelle initiale, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels.

- 13 - 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 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 277 consid. 3a et les références citées). Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 et 101 V 43 consid.

- 14 - 3b et les références citées). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale 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 et 98 V 205 consid. 4b ; TF 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3). c) Aux termes du ch. 645-647/845-847.5 CMRM, les conditions mises à la prise en charge des frais d'une psychothérapie sont exceptionnellement réunies en cas d'atteintes psychiques acquises, lorsqu'un traitement spécialisé intensif appliqué durant un an n'a pas apporté d'amélioration suffisante et que, selon les constatations du médecin spécialiste, on peut attendre de la poursuite du traitement qu'il prévienne dans une mesure importante la menace de lésions et de leurs influences négatives sur la formation professionnelle et l'exercice d'une activité lucrative. d) En l'espèce, l'intimé a nié le droit aux mesures médicales de réadaptation au motif que la psychothérapie dispensée par la Dre M. _____, en tant qu'elle n'avait pas été intensive durant une année à raison d'une séance par semaine, ne répondait pas aux critères de l'art.

E. 12

LAI. Cela étant, aucun motif ne justifie de s'écarter de l'appréciation de l'intimé. En effet, selon le ch. 645-647/845-847.5 CMRM, jugé conforme à la loi par le Tribunal fédéral (TF 9C_354/2016 du 18 juillet 2016 consid. 4.2), en cas d'atteintes psychiques acquises, la prise en charge des frais d'une psychothérapie suppose notamment qu'un traitement spécialisé intensif appliqué durant une année n'a pas apporté d'amélioration suffisante. Or dans son rapport du 22 novembre 2023, la Dre M. _____ a indiqué qu'elle suivait le recourant depuis le printemps 2022 à raison d'une fois par mois, voire plus en cas de crise, avec pour comme objectifs une psychoéducation pour lui et ses parents, une mise en lien/élaboration en cas de crise ou de recrudescence des difficultés, un suivi pharmacologique ainsi qu'un suivi de la mise en place et des

- 15 - objectifs du suivi d'ergothérapie. Ainsi, au vu de la fréquence des consultations, le suivi psychothérapeutique dispensé par la Dre M. _____ ne saurait être qualifiée d'intensif, de sorte que le délai de carence d'un an n'a en réalité pas commencé à courir. Ce seul motif suffit à confirmer le refus de la prise en charge des mesures médicales dites de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI par l'intimé, sans qu'il soit nécessaire d'examiner les autres conditions prévues au ch. 645-647/845-847.5 CMRM. 9. a) En définitive, il convient de rejeter le recours et de confirmer la décision attaquée. 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 recourante, vu le sort de ses conclusions. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).