

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 septembre 2010

---

Présidence de M. NEU, juge unique  
Greffier : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à Aigle, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 12 al. 1 et 21 al. 1 LAI; 2 al. 1 et 14 RAI; 2 al. 1 et 2 OMAI**

**E n f a i t :**

**A.** Née le 1<sup>er</sup> mai 1954, W.\_\_\_\_\_ a déposé, le 21 août 2002, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à la prise en charge d'un lombostat orthopédique. Par décision du 30 octobre 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a pris en charge les orthèses du tronc (corset / lombostat), avec effet au 21 août précédent, se fondant à cet égard sur le rapport médical établi le 30 août 2002 par le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressée depuis 1983. Ce rapport mettait en évidence une dysfonction sacro-illiaque gauche existant depuis le 27 juin 2001, l'état de santé de l'assurée étant stationnaire et le lombostat devant être porté de façon prolongée, durant le temps de travail. Grâce aux moyens auxiliaires précités, l'intéressée a pu reprendre provisoirement son activité professionnelle d'employée d'administration.

Le 29 décembre 2003, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, sollicitant cette fois l'octroi d'une rente. L'instruction de cette demande sur le plan médical a conduit au dépôt d'un rapport rendu le 16 février 2004 par le Dr L.\_\_\_\_\_, relevant la présence de lombosciatalgies gauches chroniques récidivantes sur dysfonction de la sacro-illiaque gauche, ainsi que d'un état dépressif réactionnel sur un fond dépressivo-anxieux chronique. Ce médecin précisait que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, l'examen du dos révélant un abaissement du bassin à gauche avec scoliose lombaire et une vive douleur à la palpation sacro-illiaque gauche, les manœuvres de rotation ou d'abduction de la cuisse gauche se trouvant limitées par une douleur très vive. L'intéressée s'est ainsi vue contrainte de diminuer son taux d'activité professionnelle.

Le 28 juin 2004, W.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI, sollicitant la prise en charge d'un élévateur de bain, à laquelle l'OAI fera droit par décision du 4 août 2004.

Dans un rapport du 24 août 2004, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu que les handicaps fonctionnels, sur le plan professionnel, tenaient à des douleurs récidivantes irradiant du sacro-illiaque gauche, sa patiente reconnaissant que l'intensité douloureuse se trouvait exacerbée par son état dépressif et la marche se trouvant quant à elle limitée au terrain plat. Le Dr R.\_\_\_\_\_, dans un rapport établi le 1<sup>er</sup> juin 2005, a mis en évidence un syndrome vertébral lombaire, un syndrome fémoro-rotulien bilatéral prédominant à gauche et noté la présence de troubles anxieux et dépressifs, consécutifs à un état d'épuisement. Sur le plan physique, il rendait compte de limitations fonctionnelles indiscutables, surtout en rétroflexion du tronc, mais également en flexion antérieure, empêchant la patiente de rester en position stationnaire assise ou debout plus d'une trentaine de minutes sans changer de position, ne pouvant porter que des charges modérées (2,5 kg à chaque bras). La patiente se trouvait également limitée dans ses activités de ménagère, notamment pour le nettoyage (aspirateur) et le repassage.

Le 17 octobre 2005, W.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Invoquant une perte d'audition continue depuis 1971, elle a sollicité la prise en charge d'appareils auditifs, tout en réitérant sa demande de rente. Se fondant sur les conclusions du rapport établi le 23 novembre 2005 par la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste oto-rhino-laryngologue FMH, laquelle avait posé les diagnostics de surdité mixte de degré moyen à droite et de surdité neurosensorielle de degré léger à moyen à gauche, l'OAI a accepté de prendre en charge l'appareillage des deux oreilles, par décision du 23 février 2006.

Après un examen bidisciplinaire effectué au SMR le 1<sup>er</sup> septembre 2006, un rapport d'expertise a été rendu le 5 septembre 2006 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation FMH, et par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Ces experts ont retenu, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de lombosciatalgies gauches sur troubles dégénératifs et statiques, de troubles malformatifs de la jonction avec hémilombalisation de S1 gauche (M54.4), de cervicalgies par intermittence sur trouble statiques et

dégénératifs débutants (M54.2) et d'épicondylite bilatérale (M77.9). Aucun diagnostic n'a été retenu du point de vue psychiatrique (Z71.1). Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de trois quarts d'heure sans possibilité d'alterner la position assise-debout, pas de position statique debout plus de vingt minutes, diminution du périmètre de marche à trois quarts d'heure, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis à répétition ou contre résistance, pas de montée ou de descente d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition, ni finalement d'activité sur terrain instable. Par projet de décision du 30 mars 2007, l'OAI a conclu au refus de l'octroi d'une rente en retenant, tout comme le SMR, une capacité de travail exigible de 75 %. Un degré d'invalidité a été arrêté à 25 %, au terme d'une comparaison des revenus. L'intéressée s'étant opposée à cette décision, l'instruction du dossier a été reprise et le Dr J.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, dans un rapport rendu le 20 juin 2007, a mis en évidence une gonarthrose tricompartmentale (fémoro-patellaire sévère), une déchirure méniscale dégénérative interne et externe et une chondrocalcinose massive des deux genoux. Une arthroscopie des genoux droit et gauche avec toilettage articulaire complet, ménissectomie partielle et section de l'aileron externe a été pratiquée le 25 avril 2007, un traitement prothétique s'avérant inévitable à moyen et long terme. Dans un avis médical du 22 novembre 2007, le Dr M.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a retenu un syndrome de compression du nerf cubital au coude gauche et préconisé un traitement conservateur par attelle durant la nuit, et d'évitement des positions accoudées. Dans un rapport du 14 décembre 2007, le Dr J.\_\_\_\_\_ a relevé l'absence d'amélioration significative malgré l'arthroscopie; le 18 janvier 2008, il a préconisé un traitement prothétique pour pallier à cette évolution défavorable.

Dans un rapport médical du 25 janvier 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, péjoration tenant à l'apparition d'une hypoesthésie et de paresthésie des deux derniers doigts à gauche. A la problématique principale d'une gonarthrose sévère

bilatérale, avec gonalgies et lâchages surtout à la descente, il n'y avait pas lieu d'exclure, compte tenu d'un malaise survenu en date du 7 novembre 2007, une syncope hypotensive avec une amnésie secondaire à un traumatisme crânio-cérébral. Dans un rapport du 31 janvier 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, a fait état d'une intervention de resserrement d'anneau gastrique, afin de contribuer à réduire une obésité qualifiée de modérée. La détérioration progressive de l'état de santé a également été retenue par la Dresse V.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, dans un rapport médical intermédiaire du 31 janvier 2008, relevant que le travail effectué par l'assurée s'avérait seul à même de la revaloriser, dans le contexte d'une thymie dépressive, d'idées noires, d'un sentiment d'inutilité très important et de troubles du sommeil. Malgré une médication antidépressive, le pronostic a été qualifié de défavorable et la capacité de travail encore exigible dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée estimée à 20 ou 30 % au maximum.

Par décision du 22 février 2008, l'OAI a confirmé le bien-fondé de son projet de décision du 30 mars 2007, refusant l'octroi d'une rente d'invalidité compte tenu d'un degré d'invalidité théorique inférieur à 40 %. W.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision le 4 mars 2008 devant le Tribunal de céans qui, par arrêt du 2 juillet 2009, censé allégué ici dans son ensemble, lui a reconnu une capacité résiduelle de travail de 50 % ouvrant le droit à trois quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

**B.** W.\_\_\_\_\_ a subi deux interventions chirurgicales en janvier et juillet 2008, au cours desquelles deux prothèses de genoux ont été posées, d'abord à droite, puis à gauche. Dans un rapport du 15 décembre 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ a confirmé la présence d'un affaissement plantaire de la voûte longitudinale avec un valgus de l'arrière pied accentuant encore les déformations en valgus au niveau du genou et entraînant des tensions dans le compartiment interne et sur l'insertion de la patte d'oie. Ce spécialiste a considéré qu'il était indispensable que la patiente bénéficie de supports plantaires qui permettent de rééquilibrer sa statique et d'avoir ainsi pour effet de faire disparaître les douleurs, cette mesure

ayant été qualifiée d'indispensable pour reprendre une activité professionnelle.

Par demande du 2 octobre 2008, W. \_\_\_\_\_ a sollicité la prise en charge de supports plantaires au titre de moyens auxiliaires, supports qui ont fait l'objet d'un devis établi le 17 octobre 2008 par [...], au montant de 296 fr. 45.

Par décision du 5 décembre 2008, l'OAI a refusé la prise en charge des supports plantaires au motif qu'ils ne constituaient pas un complément important de mesures médicales de réadaptation prises en charge par l'AI, renvoyant l'intéressée à sa caisse-maladie.

**C.** Par acte de son conseil du 19 décembre 2008, W. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant le Tribunal cantonal. Concluant à la prise en charge des supports plantaires par l'AI, elle a en résumé fait valoir que ceux-ci étaient indispensables à l'exercice de son activité professionnelle.

Par réponse du 16 mars 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours, observant que l'intéressée n'avait jamais bénéficié de mesures médicales de réadaptation de l'AI dont les supports seraient le complément important. Par réplique du 6 avril 2009, la recourante a fait valoir qu'il n'était pas nécessaire d'avoir effectivement bénéficié de telles mesures de la part de l'AI. L'intimé en a convenu, par duplique du 11 mai 2009, précisant que les conditions d'octroi de telles mesures devaient toutefois être théoriquement remplies au sens de l'AI, ce qui n'était en l'occurrence pas le cas, compte tenu de ce que l'intéressée n'y aurait eu droit que jusqu'à l'âge de 20 ans d'une part, et du fait que la pose de prothèses avait eu pour objet de traiter l'affection en tant que telle d'autre part. Dans le cadre d'ultimes déterminations produites le 2 juin 2009, la recourante a en substance soutenu que, sauf à vider la législation applicable de sa substance, les opérations aux deux genoux s'étaient inscrites dans le cadre de mesures indispensables au maintien de sa capacité de travail et qu'il s'agissait bien de mesures médicales de

réadaptation, dont les supports plantaires litigieux constituaient un complément manifestement important.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse n'excédant pas 30'000 francs, la présente cause relève de la compétence du juge unique (art. 94 LPA-VD).

**b)** Le litige est circonscrit au droit de la recourante à la prise en charge de moyens auxiliaires par l'AI sous forme de supports plantaires.

**2. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), 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 différentes mesures soient remplies (let. b).

L'art. 12 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure à la 5<sup>e</sup> révision de l'AI intervenue avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2008, dispose que l'assuré a droit 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. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, cette disposition restreint le droit de l'assuré à des mesures médicales jusqu'à l'âge de 20 ans. Cette disposition légale 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).

Aux termes de l'art. 2 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), sont considérées comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - caractérisés par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact - pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré de manière simple et adéquate (VSI 2001 p. 73 consid. 1a).

En règle générale, on entend par traitement de l'affection comme telle la guérison ou l'amélioration d'un phénomène pathologique labile. L'assurance-invalidité ne prend en charge, en principe, que les mesures médicales qui visent directement à éliminer ou à corriger des états défectueux stables, ou du moins relativement stables, ou des pertes

de fonction, si ces mesures permettent de prévoir un succès durable et important au sens de l'art. 12 LAI (ATF 120 V 279 consid. 3a et les références ; 115 V 195; 112 V 349; 105 V 19 et 104 V 82).

Il y a lieu de préciser que les mesures prophylactiques tendant à empêcher la survenance d'un état pathologique stable font partie du traitement de l'affection comme telle, l'AI ne connaissant pas de prophylaxie systématisée. En outre, les mesures dont on avait déjà reconnu la nécessité future comme probable durant le traitement de la maladie sont également réputées constituer des traitements de l'affection comme telle. Enfin, pour déterminer si l'on se trouve en présence de séquelles stabilisées ou du traitement de l'affection comme telle, il faut tenir compte de l'état de santé dans son ensemble au moment de l'application de la mesure requise, la pathogenèse de l'affection étant sans importance (Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI [CMRM], titre 2.3, ch. 38 ss).

**b)** L'art. 21 al. 1 LAI dispose que l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. 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.

A l'art. 14 RAI, le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur la compétence de dresser la liste des moyens auxiliaires et d'édicter des prescriptions complémentaires au sens de l'art. 21 al. 4 LAI. Ce département a édicté l'ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI; RS 831.232.51) avec en annexe la liste des moyens auxiliaires. En vertu de l'art. 2 OMAI, ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste en annexe, les assurés qui en ont besoin pour se

déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (al. 1); l'assuré n'a droit aux moyens auxiliaires désignés dans cette liste par un astérisque (\*), que s'il en a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle ou encore pour exercer l'activité nommément désignée au chiffre correspondant de l'annexe (al. 2).

Le chiffre 4.05\* de la liste susmentionnée prévoit ceci : « Semelles plantaires orthopédiques, si elles constituent le complément important de mesures médicales de réadaptation ».

Selon la jurisprudence, il importe peu qu'il s'agisse ou non d'une mesure exécutée aux frais de l'assurance-invalidité; ce qui est déterminant, c'est que les conditions de prise en charge en tant que mesure médicale de l'assurance-invalidité aient été remplies (ATF 105 V 148 consid. 1 et les arrêts cités ; TFA I\_304/04 du 28 octobre 2004). En outre, on ne parle de « complément important » qu'en présence d'un rapport qualifié entre la mesure médicale et la nécessité de fournir un moyen auxiliaire, ce qui est vérifié lorsque l'efficacité d'une mesure médicale requiert la remise d'un moyen auxiliaire (ATF 124 V 7 consid. 2d non publié; Pra 1992 n°45 p. 165 c. 4).

**3.** En l'espèce, il ressort du dossier médical de la recourante que celle-ci souffre de multiples affections sur le plan somatique, notamment en raison d'un syndrome vertébral lombaire et d'un syndrome fémoro-rotulien bilatéral, affections qui sont à l'origine d'une péjoration continue son état de santé ayant conduit à la reconnaissance d'une invalidité.

Cela étant, il n'est pas contesté que la prescription de supports plantaires, qui font seuls l'objet du présent recours, tient aux suites des deux opérations qui ont consisté à poser une prothèse à chaque genou, dans le cadre du traitement d'une gonarthrose bilatérale sévère. Comme vu plus haut, les supports plantaires n'étant pris en charge au titre de moyens auxiliaires que lorsqu'ils constituent le complément important de

mesures médicales au sens de l'AI, il convient de trancher d'abord la question de savoir si, dans le contexte d'une gonarthrose bilatérale sévère, la double intervention chirurgicale de pose de prothèses de genoux constituait une mesure médicale susceptible d'être prise en charge par l'AI, aux conditions de l'art. 12 LAI et de la jurisprudence rappelés ci-dessus. En d'autres termes, se pose la question de savoir si cette double intervention a consisté à traiter l'affection de gonarthrose comme telle – ce qui exclut que les conditions de prise en charge en tant que mesure médicale de l'assurance-invalidité aient été remplies –, ou si elle visait la réadaptation professionnelle par la correction de séquelles ou de troubles fonctionnels stabilisés, ce qui suppose qu'il ne s'agissait pas de guérir ou d'améliorer un phénomène pathologique labile, encore susceptible d'évoluer, mais que le traitement de l'affection en question était terminé, tout en laissant subsister des séquelles (relativement) stabilisées.

Les arthroses sont par définition des affections dégénératives et représentent comme telles des processus pathologiques labiles. Les mesures tendant à guérir ou à améliorer de tels phénomènes pathologiques relèvent donc du traitement de l'affection comme telle, ce qui exclut leur prise en charge en tant que mesure médicale de l'AI. Certes, la pose d'une prothèse de genou peut paraître comme une mesure ultime et irréversible, ce qui laisserait supposer que le traitement de la maladie était pratiquement terminé. Il ne faut cependant pas perdre de vue qu'en l'espèce, lors de l'intervention chirurgicale, l'état de santé n'était pas stabilisé, mais tendait encore à se péjorer, de sorte que l'intervention a relevé d'une mesure prophylactique, tendant précisément à empêcher la survenance d'un état pathologique stable, ce qui procède également du traitement de l'affection comme telle et exclut une prise en charge par l'AI. A cela s'ajoute enfin que, au moment déterminant de l'application des deux mesures médicales en question, soit en janvier et juillet 2008, l'art. 12 LAI tel qu'en vigueur depuis 1<sup>er</sup> janvier 2008 n'ouvre le droit à la prise en charge de mesures médicales que jusqu'à l'âge de 20 ans, condition qui n'est manifestement pas remplie en l'espèce.

Ainsi, non seulement la recourante n'a concrètement bénéficié d'aucune mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI, mais le droit à la prise en charge de telles mesures - au demeurant non requise - ne lui était en principe pas ouvert en vertu de cette disposition de sorte que, conformément à l'art. 21 al. 1 LAI, la prise en charge des supports plantaires était exclue, fussent-ils indispensables au rééquilibrage de la statique du corps de l'intéressée et donc à la reprise ou à la poursuite de son activité professionnelle.

**4.** Il s'ensuit que, fondée, la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté en conséquence, sans qu'il y ait à percevoir de frais, ni à allouer des dépens (art. 61 let. a et g LPGGA).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 5 décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais, ni allocation de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour W.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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 :

