

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 avril 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, en la personne de Me Séverin Tissot-Daguette, avocat à Bienne,

et

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

Art. 13 LAI

E n f a i t :

A. Le 14 octobre 2016, la mère de J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 2000, a demandé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) la prise en charge d'un traitement orthodontique pour son fils.

Le 4 novembre 2016, elle a déposé, pour le compte de celui-ci, une demande de mesures médicales auprès de l'OAI au motif qu'il souffrait d'un syndrome d'Ehlers-Danlos depuis la naissance (chiffre 485 OIC [ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21]).

Selon le rapport établi le 22 avril 2016 par la Dresse G._____, spécialiste en pédiatrie au sein du Département médico-chirurgical de pédiatrie du K._____ (ci-après : K._____), l'assuré était porteur de mutations hétérozygotes dans les gènes COL5A1 (collagène type 5) et FBN1 (fibrilline 1), mais ne remplissait pas les critères pour un syndrome d'Ehlers-Danlos ou une autre forme d'hypermobilité, contrairement à sa sœur jumelle.

Dans un rapport médical du 19 juillet 2016, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a constaté que l'assuré souffrait du syndrome d'Asperger (chiffre 405 OIC), de troubles déficitaires de l'attention et de la concentration sans hyperactivité (chiffre 404 OIC), ainsi que de troubles grapho-lexiques.

A l'appui de sa demande de mesures médicales du 4 novembre 2016, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport médical non daté du Dr C._____, spécialiste en rhumatologie en [...], qui l'avait examiné le 25 octobre 2016 et retenait les diagnostics suivants :

« 1. Votre patient présente un syndrome d'Ehlers-Danlos (SED) de type hypermobile (sauf si les résultats de la biopsie cutanée et/ou d'une éventuelle recherche génétique ciblée venait dans le futur à affiner cette classification), avec des douleurs articulaires et péri-

articulaires, musculaires, des troubles posturaux, des troubles proprioceptifs et une dysautonomie, ces symptômes étant classiques dans le Syndrome d'Ehlers-Danlos. Il présente une mutation sur la chaîne alpha 1 du Collagène 5 (COL5A1) et une sur le gène de la Fibrilline (FBN1). Ces mutations ne sont pas spécifique[s] du Syndrome d'Ehlers-Danlos. [...] Notons qu'à l'âge adulte, l'hypermobilité articulaire n'est plus nécessairement présente et son absence ne doit pas faire exclure le diagnostic.

2. Exclure un syndrome d'activation mastocytaire voire une mastocytose liée au Syndrome d'Ehlers-Danlos. »

Selon un rapport du 17 novembre 2016 établi par la clinique dentaire B._____, l'assuré présentait une mal-occlusion de classe II avec un surplomb de 5 mm et une overbite de 6 mm. Il n'y avait pas d'infirmité congénitale au sens de l'OIC.

Dans un rapport médical du 2 février 2017, la Dresse T._____, pédiatre de l'assuré, a indiqué que celui-ci présentait un syndrome d'Ehlers-Danlos, à savoir une maladie génétique caractérisée par une anomalie des fibres du collagène composant les tissus conjonctifs du corps, qui lui causait des douleurs articulaires et de la peau.

En réponse aux questions posées par l'OAI, la clinique B._____ a précisé, en date du 30 mars 2017, que selon la téléradiographie du 21 mars 2017, la valeur de l'angle ANB était de 9° et celle de l'angle formé par la base du crâne et le plan maxillaire de 1°.

Dans un rapport médical du 31 mars 2017, les Drs I._____ et Q._____ du Service de Dermatopathologie du Centre hospitalier universitaire de [...] (Belgique) ont confirmé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile au point de vue morphologique.

Dans son avis médical du 12 octobre 2017, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé qu'une expertise était nécessaire afin de déterminer si on pouvait effectivement retenir le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos.

Par projet de décision du 27 février 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait refuser la prise en charge de son traitement dentaire, au motif que les conditions prévues par les chiffres 201 à 218 OIC n'étaient pas remplies.

Par courrier du 26 mars 2018, la mère de l'assurée a invoqué être dans l'attente que sa demande de reconnaissance d'infirmité congénitale du 3 novembre 2016 soit traitée, étant donné que la malformation du palais de son fils, qui présentait une dentition irrégulière et un palais ogival haut et étroit, était due à sa maladie génétique.

La Dresse P._____, spécialiste en pédiatrie et génétique médicale, et le Dr H._____, spécialiste en pédiatrie, ont rendu leur rapport d'expertise le 12 avril 2018. Ils ont estimé que l'assuré présentait une déficience du tissu conjonctif :

- avec un score de Beighton de 3-4/9,
- sans que les critères diagnostiques pour une forme hypermobile de syndrome d'Ehlers-Danlos ne soient remplis,
- avec la preuve d'une mutation familiale c.6778G>A dans la Fibrilline 1 ainsi que d'une variante de séquence pathogène non familiale dans COL5A1 (c.1588G>A),
- avec une urticaire récidivante, ou un diagnostic différentiel de syndrome d'activation mastocytaire.

Les Drs P._____ et H._____ ont précisé que des analyses génétiques supplémentaires pourraient apporter plus de clarté dans la situation.

Dans son avis du 18 mai 2018, le SMR a décidé de procéder à l'analyse complémentaire que les experts recommandaient d'effectuer.

Dans un rapport médical du 16 juillet 2018, la clinique dentaire B._____ a retenu chez l'assuré le diagnostic de malformation classe II, mordex clausus congénital, correspondant au chiffre 209 OIC. Le surplomb était de 7 mm et l'overbite de 8 mm.

Le Dr N._____, spécialiste en orthodontie, a posé les diagnostics de « supraclusion, distocclusion, articulation croisée 16,46 » dans un rapport reçu par l'OAI le 18 octobre 2018. A la téléradiographie du 15 octobre 2018, l'angle ANB était de 1.5° et l'angle des bases de 21°. Il ne s'agissait pas d'une infirmité congénitale.

Par décision du 12 novembre 2018, l'OAI a refusé de prendre en charge le traitement dentaire de l'assuré, au motif que les conditions du chiffre 209 OIC n'étaient pas remplies, ni celles des chiffres 201 à 218 OIC.

Le même jour, la mère de l'assuré a reproché à l'OAI le délai de traitement de sa demande de prise en charge des frais dentaires et précisé que lors des nouvelles radios qu'il avait fallu faire, aucun médecin-dentiste n'avait examiné la bouche de l'assuré. Elle s'interrogeait sur l'éventuelle volonté de l'OAI de « gagner du temps » sachant qu'il ne prendrait plus de traitement en charge après l'âge de 21 ans.

Dans un courrier du 16 novembre 2018, l'OAI a écrit ce qui suit à la mère de l'assuré :

« Comme le prévoit la procédure officielle, si une infirmité congénitale relevant des chiffres 208 OIC à 218 OIC est soupçonnée par un médecin-dentiste ou un service dentaire, il doit confier l'examen d'orthopédie dento-faciale à un spécialiste en orthopédie dento-faciale reconnu par la SSO. C'est la raison pour laquelle B._____ a adressé votre fils auprès du Dr N._____ pour effectuer cet examen, afin de confirmer leur diagnostic.

Selon le rapport d'orthopédie dento-faciale reçu le 18 octobre 2018, la téléradiographie du 15 octobre 2018 met en évidence un angle ANB de 1.5 degré et un angle maxillo-basal de 21 degrés.

Les critères angulaires mis à l'octroi de la reconnaissance d'une infirmité congénitale 209 OIC n'étant pas remplis, nous avons dès lors confirm[é] notre projet de refus du 27 février 2018 par la notification d'une décision de refus, sujette à recours, le 12 novembre 2018.

Comme vous le constaterez à la lecture de ce qui précède, notre assurance n'a pas réclamé la passation d'une téléradiographie par votre enfant.

Si la situation dentaire de votre enfant devait être en lien avec l'atteinte à la santé que J. _____ présente, comme vous l'estimez dans votre courrier du 26 mars 2018, le médecin-dentiste ou spécialiste suivant votre enfant devra nous faire parvenir de la littérature médicale étayant un lien de causalité clair et direct (chiffre 11 de la circulaire concernant les mesures médicales à charge de l'assurance-invalidité - CMMR).

A ce jour, nous sommes toujours dans l'attente du résultat de la biopsie effectuée. »

B. Par acte de son mandataire du 13 décembre 2018, J. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 12 novembre 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi des prestations légales, subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Il a par ailleurs sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire, limitée à l'exonération des frais de justice. Il a fait valoir que s'il était probablement exact qu'il ne présentait pas d'infirmité congénitale selon le chiffre 209 OIC, sa problématique dentaire était la conséquence d'une autre infirmité congénitale, à savoir le syndrome d'Ehlers-Danlos, en cours d'instruction auprès de l'intimé. Il a ainsi estimé que le refus de prise en charge du traitement dentaire était prématuré. Il s'est par ailleurs prévalu des conclusions du Dr C. _____, qui avait entre autres relevé la dentition irrégulière qu'il présentait.

Dans sa réponse du 28 janvier 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours, précisant que des investigations étaient en cours concernant le diagnostic d'Ehlers-Danlos.

Par courrier du 1^{er} avril 2019, le recourant a produit le rapport de la Dresse P. _____ du 18 janvier 2019 accompagnant les résultats de la biopsie, qui avait montré que l'assuré présentait des fibrilles de type « chou-fleur » posant l'indication de la présence d'une maladie du tissu conjonctif au sens étroit et qui avaient été observés chez des patients avec un diagnostic clinique de SED (syndrome d'Ehlers-Danlos) classique.

Le recourant a également versé en cause un courriel envoyé le 29 mars 2019 par le Dr C. _____ ayant la teneur suivante :

« Les modifications dentaires et les soins orthodontiques que présentent J._____ sont sans conteste liés au SED hypermobile.

Les modifications dentaires sont d'ailleurs l'un des critères du SED hypermobile dans les critères de New York 2017 (critère II, A).

L[es] Biopsie[s] tant en Belgique qu'en Suisse attestent et renforcent le diagnostic clinique et anamnestique de SED hypermobile chez J._____.

Il n'y a aucun doute ni ombre à ce diagnostic.

Mon expérience est de plus de 2000 patients diagnostiqués, ce qui est extrêmement rare pour un médecin, même s'occupant régulièrement du SED dans le monde. »

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Par la décision attaquée, l'OAI ne s'est, à ce stade, prononcé que sur le refus de prendre en charge le traitement dentaire du recourant au regard des chiffres 201 à 218 OIC (infirmités congénitales touchant la face), plus particulièrement du chiffre 209 OIC (Mordex apertus congénital et Mordex clausus congénital). Il n'a cependant pas exclu de le faire en

cas de confirmation de la présence du syndrome d'Ehlers-Danlos (chiffre 485 OIC) et pour autant qu'un lien de causalité entre celui-ci et l'atteinte dentaire dont le traitement est requis soit établi.

En principe, une décision administrative porte sur un rapport juridique, et non sur un aspect seulement de ce rapport juridique (ATF 125 V 413 consid. 2b). L'OAI aurait donc dû attendre que l'instruction soit achevée et statuer sur le droit à la prise en charge du traitement litigieux dans tous ses aspects, que ce soit au regard du chiffre 209 OIC ou du chiffre 485 OIC. Dans la mesure où les deux questions peuvent être clairement délimitées, et dès lors que dans son rapport du 16 juillet 2018, la clinique B._____ invoquait expressément l'existence d'une infirmité congénitale selon le chiffre 209 OIC, on peut néanmoins admettre, exceptionnellement, que l'OAI ait dans un premier temps statué uniquement sur le point de savoir si les conditions posées par cette disposition étaient remplies. En rendant cette première décision de principe, l'OAI rendait possible un éventuel recours, dans l'hypothèse où le recourant aurait entendu soutenir que les conditions posées par cette disposition étaient remplies. Ce procédé était de nature à accélérer la procédure plutôt qu'à la ralentir, de sorte que le recourant ne peut s'en plaindre, après avoir reproché à l'OAI de faire traîner l'instruction.

L'OAI a explicitement manifesté au recourant qu'il avait laissé ouverte la question de la prise en charge du traitement au titre du chiffre 485 OIC. Il lui appartiendra par conséquent de poursuivre d'office l'instruction de la cause sur toutes les questions pouvant se poser en cas de confirmation du diagnostic d'Ehlers-Danlos, y compris la question du lien de causalité avec les malformations de la dentition.

Par conséquent, il y a uniquement lieu de déterminer en l'occurrence si l'OAI était fondé à refuser l'octroi de mesures médicales selon l'art. 13 LAI au motif que le recourant ne présentait pas d'infirmité congénitale au sens du chiffre 209 OIC, ni des chiffres 201 à 218 OIC relatifs à la face.

3. 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 établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra 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 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).

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. cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1566 p. 424).

Sont réputés 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).

Le chiffre 209 OIC prévoit que sont considérés comme infirmités congénitales le Mordex apertus congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 40° et plus (respectivement de 37 degrés au moins combiné à un angle ANB de 7

degrés et plus), ainsi que le Mordex clausus congénital, lorsqu'il entraîne une supraclusion après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillobasal de 12° et moins (respectivement de 15 degrés et moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus).

4. En l'occurrence, dans la décision attaquée, l'OAI a constaté que le mordex clausus congénital annoncé par la clinique B. _____ ne remplissait pas les conditions du chiffre 209 OIC puisque la téléradiographie du 15 octobre 2018 avait montré une supraclusion, une distocclusion et une articulation croisée 16,46 avec un angle ANB de 1.5° et un angle des bases de 21°. Il faut constater que le recourant ne formule aucune critique à l'égard de cette appréciation, qu'il convient par conséquent de confirmer.

Par ailleurs, comme le relève l'OAI, il n'apparaît pas que les conditions des chiffres 201 à 218 OIC relatifs aux infirmités congénitales de la face soient réalisées. Le recourant ne le prétend pas non plus.

5. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée, étant précisé qu'il appartiendra à l'OAI d'instruire et de statuer sur le droit aux prestations litigieuses au regard du chiffre 485 OIC.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). Compte tenu des circonstances, il est toutefois renoncé à percevoir des frais de procédure en l'occurrence (art. 50 LPA-VD).

La demande d'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure est dès lors sans objet.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
- IV.** La demande d'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais est sans objet.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Procap Suisse, Me Séverin Tissot-Daguette (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :