

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 août 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière : Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, agissant par sa mère U._____, à [...]

et

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

Art. 13 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Né le 8 octobre 2012, Y._____ a été atteint au mois de mai 2016 d'une aplasie médullaire idiopathique, laquelle a été traitée par une greffe de moelle osseuse précédée d'une chimiothérapie de conditionnement. La prise en charge de cette atteinte a nécessité une hospitalisation de longue durée (quatre mois, dont plusieurs semaines en chambre stérile) et conduit à un isolement social en raison de l'immunosuppression prolongée.

b) A la suite de ces événements, Y._____ a présenté un trouble envahissant du développement. Il est suivi depuis le mois de juin 2018 à raison de plusieurs séances hebdomadaires par le docteur K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a, par communication du 5 avril 2019, accepté de prendre en charge, à titre de mesures médicales, les coûts du traitement de l'infirmité congénitale classée sous chiffre 404 de l'annexe à l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales [OIC ; RS 831.232.21]) sous forme d'une psychothérapie.

c) Le 18 septembre 2019, la mère de Y._____ a déposé une demande de prise en charge au titre de moyen auxiliaire de lunettes destinées à traiter un fort strabisme bilatéral.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a requis une prise de position de la docteure Q._____, spécialiste en ophtalmologie. Dans un rapport du 3 octobre 2019, complété le 16 octobre 2019, ce médecin a expliqué que l'assuré souffrait principalement d'un strabisme convergent et d'hypermétropie et qu'il devait porter des lunettes afin d'améliorer son acuité visuelle. A la question de savoir quelle était l'acuité visuelle après correction, elle a répondu qu'elle était, au mois de janvier 2018, de 0,9 à l'œil droit et de 1,0 à l'œil gauche.

Par projet de décision du 5 novembre 2019, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Par courrier du 13 décembre 2019, l'assuré s'est opposé à ce projet et a produit, à l'appui de ses développements, divers status orthoptiques réalisés au sein des [...] les 6 juillet 2016, 14 février 2017 et 12 septembre 2017.

Dans un avis médical du 17 décembre 2019, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a rendu l'appréciation suivante :

Cet enfant a certainement eu une maladie hématologique sévère et les soins médicaux qu'il a dû subir l'ont profondément perturbé psychologiquement ; ceci rend difficile tout examen clinique. Les pédiatres et spécialistes pédiatriques connaissent bien cette problématique. Lorsqu'un ophtalmologue ne peut pas préciser l'acuité visuelle en raison d'un manque de collaboration du patient, ou de ses troubles du comportement, il déclare normalement l'acuité visuelle comme non-mesurable. Ici, nous avons 2 mesures de l'acuité visuelle, celle aux [...] (0,5 à chaque œil, vraisemblablement avant correction) et celle de l'ophtalmologue actuelle (0,9 et 1,0 après correction). Le SMR n'a pas de raison de douter de ces mesures, les spécialistes n'ayant pas déclaré l'acuité visuelle comme non-mesurable. Une expertise ne paraît donc pas nécessaire et serait, en plus, un ultérieur examen dérangeant pour cet enfant si sensible. Le SMR relève aussi que les gouttes dilatatrices ne servent pas à mesurer l'acuité visuelle, mais à visualiser le fond de l'œil ; le fait que l'enfant ne supporte pas les gouttes ne devrait pas influencer la mesure de l'acuité visuelle.

Le SMR souligne aussi que, dans la prescription des lunettes, l'ophtalmologue indique bien le code LiMA 25.01.01.00.1 L, ce qui indique que le remboursement est attendu par l'assurance obligatoire des soins.

En conclusion, le SMR concorde avec le projet de refus de 05.11.2019, les critères pour l'octroi de l'IC 425 n'étant pas remplis.

Le SMR ne met pas en doute la sévérité de l'affection physique et psychique de cet enfant, mais les éléments médicaux au dossier ne permettent pas de prendre en charge les lunettes comme moyen de traitement de l'AI pour une infirmité congénitale.

Par décision du 27 janvier 2020, l'office AI a refusé de prendre en charge, à titre de mesures médicales, les coûts du traitement de l'infirmité congénitale classée sous chiffre 425 de l'annexe à l'OIC, les critères médicaux posés pour une telle prise en charge n'étant pas remplis.

B. **a)** Par acte du 2 mars 2020, Y. _____ a, par l'intermédiaire de sa mère, déféré la décision du 27 janvier 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à ce qu'il soit mis au bénéfice de mesures médicales à déterminer à dire d'expert et subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il reprochait à l'office AI de n'avoir pas instruit correctement la demande de prestation. Dans la mesure où l'office AI ne pouvait ignorer qu'il était suivi sur le plan psychiatrique pour dépression et stress post-traumatique lié à un vécu hospitalier traumatisant, il était évident que l'élaboration de diagnostics pouvait s'avérer compliqué au regard du stress engendré par la consultation auprès d'un médecin. Or il était manifeste que le diagnostic posé par la docteure Q. _____ était approximatif au vu de la manière dont il utilisait ses lunettes (utilisation de la partie « loupe » de ses lunettes à double-foyer). Les chiffres relatifs à la correction de l'acuité visuelle retenus dans la décision étaient par conséquent contestés et devaient être investigués par le biais d'une expertise ophtalmologique.

b) Dans sa réponse du 25 mai 2020, l'office AI a conclu au rejet du recours, renvoyant pour l'essentiel à l'avis établi le 17 décembre 2019 par le SMR.

c) Dans ses déterminations du 18 juin 2020, Y. _____ a informé la Cour de céans qu'il n'avait pas d'observation à formuler.

E n d r o i t :

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Il n'est pas contesté que le recourant souffre de problèmes ophtalmologiques qui nécessitent le port de lunettes. Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés ont un degré de gravité suffisant pour qu'une infirmité congénitale soit reconnue (ch. 425 de l'annexe à l'OIC) et pour que le recourant puisse prétendre, à ce titre, à la prise en charge des mesures médicales nécessaires à son traitement (art. 13 al. 1 LAI).

3. a) Selon 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). 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 de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales [OIC; RS 831.232.21]).

b) La jurisprudence a reconnu que le Conseil fédéral et - dans l'hypothèse de l'art. 1 al. 2 OIC - le Département fédéral de l'intérieur disposaient d'un large pouvoir d'appréciation pour déterminer, parmi les infirmités congénitales au sens médical, celles pour lesquelles les prestations de l'art. 13 LAI doivent être accordées (infirmités congénitales au sens de la LAI; TFA I 544/97 du 14 janvier 1999 consid. 2b et les références, in VSI 1999 p. 170). La liste dressée à cette fin, parfois en tenant compte d'impératifs légitimes de praticabilité, présente un caractère technique marqué. Dans ces conditions, la jurisprudence a prononcé que, si la norme édictée restait dans les limites autorisées par la délégation, le juge n'avait pas à décider si la solution adoptée représentait la solution la meilleure pour atteindre le but visé par la loi, étant donné qu'il ne pouvait substituer sa propre appréciation à celle du Conseil fédéral ou du département (ATF 125 V 21 consid. 6a p. 30; voir également TFA I 64/01 du 20 février 2002 consid. 4a).

c) Selon la jurisprudence, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales et visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels est 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. Ces directives n'ont

d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Le Tribunal fédéral en contrôle librement la légalité et doit s'en écarter dans la mesure où elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (ATF 133 V 587 consid. 6.1; 133 V 257 consid. 3.2 et les références; cf. ATF 133 II 305 consid. 8.1).

d) La liste des infirmités congénitales annexée à l'OIC inclut à son chiffre 425 les anomalies congénitales de réfraction avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un œil ou 0,4 ou moins aux deux yeux. L'annexe à l'OIC précise par ailleurs que, dans l'hypothèse où la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'une certaine diminution de l'acuité visuelle, celle-ci doit être mesurée après correction du vice de réfraction ; si l'acuité visuelle n'est pas mesurable et si l'œil en cause ne peut pas fixer centralement, il y a lieu d'admettre que l'acuité visuelle est de 0,2 ou moins. Selon le chiffre 411-428.3 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), lorsque, après correction, la diminution de l'acuité visuelle requise pour la reconnaissance d'une infirmité congénitale est prouvée, l'AI prend les lunettes à sa charge dans tous les cas au titre d'appareils de traitement, aussi longtemps que des mesures médicales à charge de l'assurance-invalidité peuvent être accordées.

e) Au regard du large pouvoir d'appréciation laissé à l'administration pour déterminer, parmi les infirmités congénitales au sens médical, celles pour lesquelles les prestations de l'art. 13 LAI doivent être accordées, il n'y a pas lieu de remettre en cause la solution adoptée en l'espèce par le Conseil fédéral, dès lors que rien n'indique qu'il aurait outrepassé le cadre de la délégation de compétence prévue dans la loi. La prise en charge d'une anomalie congénitale de réfraction a été expressément limitée au cas où, après correction, l'acuité visuelle est de 0,2 ou moins, ce qui exclut la prise en charge d'atteinte moins sévère à l'acuité visuelle.

4. a) Selon les explications données par la docteure Q._____ le 16 octobre 2019, le recourant présentait, après correction, une acuité visuelle de 0,9 à l'œil droit et de 1,0 à l'œil gauche (voir également le status orthoptique réalisé par les [...] le 14 février 2017). On doit dès lors considérer, à la lumière des renseignements médicaux objectifs figurant au dossier, que le recourant ne remplit pas les critères minimaux fixés par le ch. 425 de l'annexe à l'OIC pour la prise en charge par l'assurance-invalidité de mesures médicales nécessaires au traitement de son affection oculaire.

b) Ainsi que l'a souligné l'office intimé par la voix de son service médical, il n'y a en l'espèce aucune raison de s'écarter des observations rapportées par la docteure Q._____. Les critiques formulées par le recourant au sujet de la fiabilité des renseignements médicaux figurant au dossier ne reposent pas sur des constats de nature médicale. Elles se fondent uniquement sur les observations rapportées par la mère du recourant et ne constituent, en l'absence d'autres éléments de preuve, que de simples allégations, insuffisantes à jeter un quelconque doute sur le bien-fondé des renseignements sur lesquels l'office intimé s'est fondé. En l'absence de tout doute à lever, il ne se justifie par ailleurs pas d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, l'état de fait déterminant du point de vue juridique étant établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales.

c) A la lecture du mémoire de recours, on comprend que le recourant a de sérieux doutes quant au bien-fondé des renseignements médicaux fournis par la docteure Q._____ et souhaite obtenir un nouvel avis médical. Cela étant, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances ne saurait permettre à un assuré de bénéficier, aux frais de l'Etat, d'un second avis médical. Si la procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure

où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi, dans la mesure où les renseignements médicaux figurant actuellement au dossier sont probants, il appartient au recourant de produire les pièces susceptibles de remettre en cause le bien-fondé de ceux-ci.

5. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à 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 doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (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 27 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de Y._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- U._____ (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 :