

GE_GERICHTE ATAS/608/2014 vom 14. Mai 2014

GE Cour de justice, 2014-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_608_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/608/2014 du 14 mai 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/608/2014 del 14 maggio 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à des prestations en raison de l'infirmité congénitale OIC 497.

E. 4

a. L'art. 13 LAI dispose que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1er). 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). Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 1er al. 1er de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21), arrêtée conformément à l'art. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), précise que la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1 1ère phrase OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2 1ère phrase OIC). Le chiffre 497 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les « sévères troubles respiratoires d'adaptation (par exemple asphyxie, syndrome de détresse respiratoire, apnée), lorsqu'ils sont manifestes au cours des septante-deux premières heures de vie et qu'un traitement intensif est nécessaire ». b. Selon la pratique administrative consacrée par l'Office fédéral des assurances sociales dans la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'assurance- invalidité (ci-après CMRM), sont considérées comme « graves » (sévères) les atteintes qui impliquent la nécessité de mesures spéciales (p.ex. un traitement hospitalier après une naissance à domicile, le traitement dans l'unité de soins intensifs d'une maternité ou d'une clinique infantile après un accouchement à l'hôpital). Un traitement est considéré comme intensif lorsque des frais normaux de séjour d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire

lorsque des mesures particulièrement onéreuses tels que la surveillance permanente par appareils, des contrôles et soins médicaux particulièrement fréquents sont nécessaires. Il y est également précisé que le transfert à titre préventif dans une division hospitalière de A/3443/2013 - 5/7 - néonatalogie, sans que ces mesures coûteuses n'aient été nécessaires, ne suffit pas à justifier une infirmité congénitale (chiffres 495, 497 - 499 de la CMRM). Cette circulaire précise en outre que l'asphyxie à la naissance peut être prise en charge dans le cadre du chiffre 497 OIC lorsqu'elle atteint un degré de gravité tel que la poursuite du traitement dans un service de néonatalogie est nécessaire. En revanche, si l'état du sujet se normalise suite à ce transfert et qu'aucun traitement n'est plus nécessaire, on ne saurait parler d'un trouble d'adaptation respiratoire sévère (chiffre 497.1 CMRM). Tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie peuvent être admis sous le chiffre 497 OIC s'ils surviennent au cours des septante-deux premières heures de la vie (chiffre 497.2 CMRM). Les circulaires 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 celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où 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 129 V 204 consid. 3.2 ; ATF 127 V 57 consid. 3a ; ATF 126 V 64 consid. 4b). La pratique précitée ne prête toutefois pas le flanc à la critique. Il sied de rappeler que les mesures médicales ne sont prises en charge qu'en présence d'une infirmité (congénitale), ce qui à son tour présuppose une atteinte d'une certaine durée. L'exigence d'un état de santé du nouveau-né nécessitant des soins continus au-delà de sa sortie de la salle d'accouchement relève du même ordre d'idées (ATAS/535/2007 du 21 mai 2007).

E. 5

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b).

E. 6

En l'occurrence, l'intimé est d'avis que l'état de santé du recourant n'a pas nécessité un traitement intensif, ce que conteste ce dernier. Il résulte du rapport établi le 18 avril 2013 par le Dr E_____ et la Dresse F_____ que le recourant, né le 1er mars 2013 à 22h26, a présenté à cinq minutes de vie, un syndrome de détresse respiratoire nécessitant une CPAP manuelle puis nasale. En raison de la persistance d'un syndrome de détresse respiratoire important avec hypercapnie sévère, le recourant a été intubé oralement à 0h05. Il a ensuite été transféré à l'unité de soins intensifs dans des conditions stables pour observation et éventuellement protocole d'hypothermie. Après trois heures de vie, une

A/3443/2013 - 6/7 - normalisation sur le plan pulmonaire a été constatée, permettant une extubation avec relai par CPAP nasale durant vingt minutes. Le recourant est resté ensuite eupnéique à l'air ambiant et a été transféré en néonatalogie. Le lendemain, soit le 3 mars

2013, il a été transféré à la maternité, dans des conditions stables. A la lecture de ce rapport, force est de constater que le recourant a effectivement présenté à sa naissance un syndrome de détresse respiratoire et une insuffisance respiratoire aiguë nécessitant un support ventilatoire puis une intubation. Cela étant, on ne saurait toutefois considérer que le traitement prodigué ait été intensif au sens du chiffre OIC 497, comme le fait valoir le recourant. En effet, on relèvera déjà que le transfert du recourant à l'unité de soins intensifs poursuivait uniquement un but préventif puisqu'il y a été transféré « dans des conditions stables pour observation » (rapport précité du Dr E_____ et de la Dresse F_____). Qui plus est, suite à ce transfert, son état respiratoire s'est rapidement normalisé, puisqu'à trois heures de vie, l'extubation a été possible, avec relai par CPAP nasale durant vingt minutes, à la suite de quoi le recourant est resté eupnéique à l'air ambiant et aucun autre traitement particulier n'a été effectué. Ainsi, vu l'évolution rapidement favorable du syndrome de détresse respiratoire et l'insuffisance respiratoire aiguë présentés par le recourant, permettant l'extubation dès trois heures de vie, suivie d'une CPAP pendant 20 minutes, on ne saurait retenir qu'une surveillance permanente par appareils ou que des contrôles et des soins médicaux particulièrement fréquents ont été nécessaires. Partant, en l'absence d'un traitement intensif, les troubles respiratoires présentés par le recourant ne peuvent être reconnus comme étant "sévères" au sens du chiffre OIC 497.

E. 7

C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a refusé la demande de prise en charge des mesures médicales et de l'hospitalisation pour l'infirmité congénitale OIC 497.

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

E. 9

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- correspondant au minimum légal est mis à la charge du recourant.

A/3443/2013 - 7/7 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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