

GE_GERICHTE A/1591/2012 vom 11. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1591_2012

FR: GE_GERICHTE A/1591/2012 du 11 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1591/2012 del 11 settembre 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause S _____, soit pour elle sa mère, Madame S _____, domiciliée c/o Mme S _____, à Onex recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT L'enfant S _____, née en 2011 à trente-sept semaines et cinq jours de gestation, avec un poids de 2,070 kilos, est restée hospitalisée pour cause de sevrage jusqu'au 10 octobre 2011. Sa mère, Madame S _____, a déposé une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) le 16 septembre 2011, visant à la prise en charge des mesures médicales, précisant que son enfant souffrait de l'infirmité congénitale n° 496. Dans leur rapport de sortie établi le 11 novembre 2011, les Docteurs A _____ et B _____, du service de néonatalogie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ont posé les diagnostics de syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né, de retard de croissance intra-utérin (RCIU) dû au tabagisme maternel et de polytoxicomanie maternelle. Ils ont de surcroît apporté les commentaires suivants : " Accouchement Apparition de saignement actif faisant suspecter un décollement placentaire le 31.08. Prise en urgence 1 en césarienne. Naissance aux HUG par césarienne avec APGAR 9-9-10. Légère détresse respiratoire à la naissance nécessitant 10 minutes de CPAP à l'air ambiant puis bonne saturation à AA, avec tachypnée résiduelle. L'examen anatomo-histologique du placenta infirme un décollement placentaire. Evolution Hospitalisation à l'Unité de développement du 31.08 au 10.10.2011 Cardio-vasculaire Hémodynamique stable au cours du séjour hospitalier. Pulmonaire Eupnéique à l'air ambiant. Digestif En raison du RCIU, une alimentation précoce est débutée dès la naissance avec de bons contrôles glycémiques. Premier méconium à J0. Reprise du poids de naissance le 11.09. Allaitement autorisé en accord avec les gynéco-obstétriciens, dès le 6.09, avec des prélèvements d'urine chez la mère restant négatifs pour les opiacés ; la mère ayant accepté d'informer les médecins en cas de consommation. Urines positives pour THC le 05.09, confirmée par les dires de la mère avec une consommation de cannabis dans les 24h ayant précédé l'accouchement. Chez l'enfant, la recherche de toxique est négative dans les urines le 13.09. Métabolique A reçu du konakion PO à J0, J4 et J28. Test de Guthrie réalisé à J4. Rénal Première miction spontanée à J0 avec diurèses par la suite physiologiques. Infectieux En raison d'un muguet buccal, l'enfant est traitée par antimycotique du 03 au 10.10 avec évolution favorable. La recherche de virus dans les sécrétions nasopharyngées et de rotavirus/adénovirus dans les selles effectuées pour notion de contagé dans notre service hospitalier revient négative. Neurologique Scores de Finnegan dans la norme (limite supérieure atteinte durant quelques heures mais n'ayant pas nécessité de traitement par morphine durant le séjour hospitalier). Nous retenons un diagnostic de syndrome de sevrage n'ayant pas nécessité de substitution thérapeutique. OEA le 6.09 normales bilatéralement. IRM et US cérébrales respectivement le 15.09 et 19.09 normales : réalisées dans le cadre de

la polytoxicomanie maternelle à la cocaïne. Passé la période de sevrage, l'enfant présente un status neurologique normal pour son âge. Ostéo-articulaire Nous proposons d'exclure une dysplasie de hanches par US à 6 semaines, soit le 28.10, en raison d'une anamnèse familiale évocatrice chez la mère et la tante maternelle". Sur le plan social, les médecins ont relevé qu' "au vu de la situation précaire, nous faisons un signalement de l'enfant auprès du Tribunal tutélaire pour la SPMi, afin de garantir un soutien socio-éducatif lors du retour à domicile, en plus du suivi assuré par la FSASD et la pédiatre de l'enfant. Les parents acceptent, avec difficultés, le signalement. Dans ces conditions, nous n'émettons pas de contre-indication à un retour à domicile qui a lieu le 10.10.2011. (...) Réseau prévu pour l'extérieur : SPMi, pédiatre, passage FSASD journalier dans un premier temps, suivi pédopsychiatrique en ambulatoire, suivi des parents (généraliste, Navigation). Les parents sont d'accord pour un suivi pédopsychiatrique et un rendez-vous en ambulatoire est prévu le 20 octobre à 15h30. Ils s'engagent à appeler auparavant si besoin". Le Docteur C _____ de l'Hôpital des enfants a confirmé le 24 novembre 2011 que l'enfant avait présenté un syndrome de sevrage sans substitution thérapeutique et que le pronostic était bon. Dans une note du 20 février 2012, le médecin du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (SMR) a constaté que si l'enfant présentait bien l'infirmité congénitale n° 496, le syndrome léger de sevrage qu'elle a présenté n'avait pas nécessité de traitement intensif. L'OAI a transmis le 2 mars 2012 à la mère de l'enfant, un projet de décision, aux termes duquel les mesures médicales lui étaient refusées. Par décision du 26 avril 2012, il a confirmé ce projet. La mère de l'enfant a interjeté recours le 23 mai 2012 pour sa fille contre ladite décision. Elle allègue que "ma fille est restée du 31 août 2011 (jour de sa naissance) au 10 octobre 2011 à l'unité de développement de la pédiatrie des HUG pour cause de sevrage, qui n'a pas nécessité de traitement médical. Cette hospitalisation a été imposée à ma fille. Selon les médecins, elle nécessitait une surveillance ayant des symptômes de sevrage. De plus, les médecins voulaient mettre en place un réseau social (SPMi) avant de l'accueillir à la maison. Si cela n'avait tenu qu'à moi, ma fille ne serait pas restée deux mois à l'hôpital, d'autant plus si le coût de l'hospitalisation est à ma charge. Etant donné ma situation financière déjà difficile et endettée, je suis dans l'incapacité d'assumer ces coûts". Dans sa réponse du 21 juin 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Son courrier a été transmis à la mère de l'enfant et la cause gardée à juger. EN DROIT 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 1 er 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. Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant son entrée en vigueur ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. Le litige porte sur la prise en charge du coût des frais d'hospitalisation de l'enfant du 31 août au 10 octobre 2011 au titre de mesures médicales, refusée par l'OAI, au motif que le léger syndrome de sevrage qu'elle présentait ne nécessitait pas un traitement intensif.

Conformément à 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 : a. 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 ; b. que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies". Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI "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". Sont réputées 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 droit à de telles mesures existe - contrairement au droit prévu par la disposition générale de l'art. 12 LAI - indépendamment de la possibilité d'une future réadaptation dans la vie professionnelle (art. 8 al. 2 LAI). L'art. 1 de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21) précise que sont réputées infirmités congénitales les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant. La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. La liste des infirmités congénitales prévue par l'art. 13 al. 2 LAI repose sur une délégation du législateur au Conseil fédéral et fait l'objet d'une ordonnance spéciale (art. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201). Selon cette ordonnance, 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 de l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 - OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2 1ère phrase OIC). Le Département fédéral de l'intérieur peut également qualifier d'infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités congénitales évidentes qui ne figurent pas dans cette liste (art 1 al. 2, 2ème phrase OIC). 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; ATFA non publié I 544/1997 du 14 janvier 1999, consid. 2b et les références in VSI 5/1999 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; ATF non publié 9C_817/2009 du 14 avril 2010, consid. 3.2 et les références citées). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). La liste des infirmités congénitales annexée à l'OIC inclut à son chiffre 496, la pharmacodépendance néonatale, lorsqu'un traitement intensif est nécessaire. 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 de la pharmacodépendance néonatale a été expressément limitée au traitement intensif nécessaire, ce qui exclut, par définition, la prise en charge d'un éventuel traitement secondaire. L'enfant a été hospitalisée jusqu'au 10 octobre 2011 en raison d'un syndrome de sevrage. L'assurance-invalidité n'est toutefois tenue d'allouer ses prestations que si un traitement intensif a été nécessaire, tel que défini par l'OIC. Si tel n'est pas le cas, le traitement est à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. La Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) ne précise pas expressément ce qu'il faut entendre par un "traitement intensif nécessaire" dans le cas de l'OIC 496. Pour le chiffre 497 OIC relatif au syndrome de détresse respiratoire, un traitement est considéré comme intensif lorsque des frais normaux de séjour d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire lorsque, par exemple, des mesures particulièrement onéreuses telles que la surveillance permanente par appareils, contrôles et soins médicaux particulièrement fréquents, etc., sont nécessaires. Il y est également précisé que le transfert à titre préventif dans une division hospitalière de néonatalogie sans que ces mesures coûteuses n'aient été nécessaires ne suffit pas à justifier une infirmité congénitale (cf. note marginale 495, 497 - 499 1/05 de la CMRM). En l'occurrence, il ressort du rapport de sortie du 11 novembre 2011 que l'état de l'enfant ne nécessitait pas de traitement médical particulier. Le syndrome de sevrage n'a en particulier pas impliqué de substitution thérapeutique et aucun traitement par morphine n'a dû être administré. Il s'agissait plutôt d'assurer une surveillance et de veiller à ce que le retour à la maison se fasse dans les meilleures conditions possibles. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le