

## **GE\_GERICHTE A/216/2014 vom 27. Mai 2014**

GE Cour de justice, 2014-05-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_216\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_216_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/216/2014 du 27 mai 2014

IT: GE\_GERICHTE A/216/2014 del 27 maggio 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause ASSURA-BASIS SA, MONT-SUR-LAUSANNE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. L'enfant A\_\_\_\_\_ (ci-après l'enfant), fils de Madame A\_\_\_\_\_ -B\_\_\_\_\_ et de Monsieur A\_\_\_\_\_, est né le \_\_\_\_\_ 2013. Il est assuré depuis sa naissance auprès d'Assura (ci-après l'assurance ou la recourante) pour l'assurance obligatoire des soins, sans franchise, avec risque accident dans la catégorie Assura-Basis.![endif]>![if> 2. L'enfant a été hospitalisé à sa naissance à l'hôpital cantonal de Genève (HUG) du 22 au 26 février 2013 et une facture de CHF 2'077,35 a été adressée par les HUG à l'assurance le 13 juin 2013.![endif]>![if> 3. Les parents de l'enfant ont déposé une demande de prestations d'invalidité datée du 25 août 2013 mai reçue le 1 er octobre 2013, en raison d'une infirmité congénitale de l'enfant ayant nécessité une hospitalisation à la naissance. Le Docteur C\_\_\_\_\_ a indiqué à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) le 23 octobre 2013 que l'enfant ne présentait pas d'infirmités congénitales selon l'OIC.![endif]>![if> 4. Par projet du 29 octobre 2013, l'OAI a refusé l'octroi de mesures médicales, le dossier médical ne permettant pas de conclure à une infirmité congénitale reconnue par l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 5. Les parents ont fait valoir, le 1 er novembre 2013, que la pathologie rénale de leur enfant était congénitale et avait été diagnostiquée bien avant sa naissance. L'assurance a demandé une prolongation du délai pour faire valoir des observations, en vain.![endif]>![if> 6. Par décision du 9 décembre 2013, l'OAI a refusé la demande et a adressé une copie de sa décision à l'assurance.![endif]>![if> 7. L'assurance a formé recours le 24 janvier 2014 et a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. L'OAI avait fait preuve de formalisme excessif en refusant à l'assurance un délai complémentaire, alors que celle-ci attendait des renseignements de son médecin-conseil. D'ailleurs, l'OAI aurait dû requérir d'office ces renseignements au vu de son devoir d'instruction. Le refus systématique de l'OAI d'octroyer une prolongation du délai était une violation du droit d'être entendu. La décision de l'OAI se fondait sur l'unique rapport du Dr C\_\_\_\_\_, qui avait répondu à une seule des questions du formulaire. Or, le résumé du codage du séjour hospitalier de l'enfant et les factures des HUG faisaient état d'une hydronéphrose congénitale bilatérale ainsi que d'une dilatation pyélo-calicielle bilatérale. Des examens transabdominaux par ultrasons avaient été effectués et l'enfant avait vu le Docteur D\_\_\_\_\_. L'infirmité congénitale « hypronéphrose congénitale » était inscrite au chiffre 344 de l'OIC et les malformations urétérales congénitales l'étaient au chiffre 345 de l'OIC. L'OAI devait donc prendre en charge les mesures médicales.![endif]>![if> L'assurance a produit un relevé des HUG mentionnant une hydronéphrose congénitale, le résumé des examens médicaux du nouveau-né des 23 et 26 février 2013, mentionnant une dilatation pyélo-calicielle bilatérale

modérée de 8 mm (SFU 1 à 2), US rénale à J3 : ectasie pyélique G, pas de valves urétrales, US de contrôle ainsi que des factures des HUG mentionnant les examens pratiqués (ultrasons, radiologie). 8. Par pli du 24 mars 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. Selon l'avis du SMR du 27 février 2014 du Docteur E\_\_\_\_\_, le dossier était très peu documenté. L'enfant était né avec un retard de croissance intra-utérin et un poids de 2,650 kg, avec une dilatation pyélo-calicielle de 8 mm peu après la naissance. Il avait bénéficié d'une antibiothérapie prophylactique et un suivi en néphrologie pédiatrique était prévu. Le Dr C\_\_\_\_\_ s'était contenté de cocher la case « absence d'infirmiétés congénitales ». Une dilatation de 8 mm n'était pas suffisante pour admettre une hydronéphrose à charge de l'OAI, dès lors qu'il fallait au minimum 10 mm ou plus. Avant de prononcer un refus définitif, il convenait tout de même d'avoir les rapports de la consultation en néphrologie pédiatrique. 9. Invitée à consulter les pièces et à se déterminer, l'assurance a fait valoir, le 29 avril 2014 que l'OAI n'avait requis aucun renseignement complémentaire, malgré l'avis du SMR, de sorte qu'il convenait que la Cour ordonne la production des rapports de la consultation en néphrologie pédiatrique. Aucune limitation de prise en charge liée à une dilatation d'une taille supérieure à 8 mm ne ressortait de l'OIC. L'assurance a persisté à conclure au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. 10. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, ainsi que la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 sont applicables. 3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Aux termes de l'art. 27 LAMal, en cas d'infirmiété congénitale (au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA) non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. L'assurance a donc la qualité pour recourir contre la décision de refus de l'OAI. 4. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimé du traitement de l'hydronéphrose congénitale bilatérale au titre de mesure médicale, singulièrement la qualification d'infirmiété congénitale de l'affection en question. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 2 LPGA, les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmiété congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 6. a) En vertu de l'art. 12 al. 1er LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, 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. Selon l'art. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), sont considérés 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 – caractérisées 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 d'une manière simple et adéquate (al. 1er). b) Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2003, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 13 al. 2 LAI précise que le Conseil fédéral établira une liste des infirmités congénitales pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes. La liste des infirmités congénitales prévue par cette disposition fait l'objet d'une ordonnance spéciale (art. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201). Selon l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985, (OIC ; RS 831.232.21), 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; ATF 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). La liste des infirmités congénitales annexée à l'OIC inclut sous le chapitre « système uro-génital », à son chiffre 344 l'hydronéphrose congénitale et à son titre 345 les malformations urétérales congénitales (sténoses, atrésies, urétérocèles, dystopies et mégaluretère). c) À teneur de l'art. 14 al. 1er LAI, les mesures médicales de réadaptation prises en charge par l'assurance-invalidité en vertu des art. 12 ou 13 LAI comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (let. a); les mesures médicales comprennent également les médicaments ordonnés par le médecin (let. b). Lorsque le traitement a lieu dans un établissement hospitalier ou de cure, l'assuré a droit en outre à la nourriture et au logement en division commune (al. 2). 7. a) Selon la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), si une affection peut être aussi bien acquise que congénitale

et que, dans le cas d'espèce, il existe des doutes sur l'authenticité d'une infirmité congénitale, l'avis dûment motivé d'un médecin spécialisé, qui tient celle-ci pour hautement probable en se fondant sur l'enseignement médical actuel, est alors déterminant. Pour admettre l'existence d'une infirmité congénitale, il ne suffit pas que le diagnostic posé corresponde à l'une des infirmités figurant dans l'annexe de l'OIC puisque certaines de ces affections, telles que les tumeurs ou les épilepsies, peuvent être acquises. S'il n'y a pas d'indications suffisantes à ce sujet dans le rapport médical, il faut examiner, en se basant sur l'anamnèse, sur l'état de l'assuré et sur d'éventuelles instructions complémentaires, s'il s'agit bien de la forme congénitale de la maladie (no 7 et 8). S'agissant du système uro-génital, seules les affections visées par le chiffre 341 sont détaillées et la circulaire ne dit rien de celles visées par les chiffres 345 et 344.

b) Selon les dictionnaires et Larousse médicaux, la hydronéphrose est la distension du bassinet, des calices et souvent aussi du rein par l'urine aseptique, dont l'écoulement est entravé par un obstacle permanent ou passager ou par un défaut de la tonicité et de la motricité du bassinet (Garnier-Delamare, dictionnaire des termes de médecine, 27<sup>ème</sup> édition). Il s'agit d'une dilatation aiguë ou chronique des calices et du bassinet. L'hydronéphrose est la conséquence d'une rétention d'urine due à un rétrécissement ou à une obstruction de l'uretère, soit le conduit qui achemine l'urine jusqu'à la vessie. Le rétrécissement peut avoir pour origine une malformation congénitale de la jonction du bassinet et de l'uretère. L'obstruction peut être due à une maladie obstructive urinaire. Le traitement est chirurgical. Dans le cas d'une hydronéphrose congénitale, il consiste à pratiquer, par chirurgie conventionnelle, l'ablation du segment d'uretère mal formé, puis à relier la partie restante au bassinet. La chirurgie endoscopique permet également de supprimer un rétrécissement congénital par simple incision ou dilatation. Après le traitement d'une anomalie congénitale, une sonde urétérale de calibrage est laissée en place quelques semaines (dictionnaire Larousse en ligne Larousse.fr). L'hydronéphrose est le terme improprement employé pour désigner le syndrome de la jonction pyélo-urétérale ou le syndrome de rétention pyélo-calicielle, soit la cause la plus fréquente des dilatations pyélo-calicielles, qui s'observent le plus souvent chez les garçons. La plupart de ces dilatations sont mises en évidence lors d'échographies fœtales. L'origine est imprécise (congénitale, absence de propagation du péristaltisme, insertion non déclive de l'urètre, etc.). La fonction rénale globale n'est menacée que dans les formes bilatérales. Le traitement dépend de l'importance de l'obstacle et de son retentissement sur le rein et l'appréciation est difficile en période néonatale. Si l'obstacle est peu serré, l'enfant est simplement surveillé et il n'est pas rare de voir des dilatations anténatales régresser complètement. En présence d'un obstacle serré, le traitement est chirurgical (malformation congénitale des voies urinaires, Docteur Bernard BOILLOT, avril 2003, faculté de médecine de Grenoble). 8.

Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales en vertu de cette disposition,

il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATFA non publié du 6 juillet 2007, U 316/2006, consid. 3.1.1). En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3). L'art. 57a LAI prévoit que, au moyen d'un préavis, l'OAI communique à l'assuré toutes décisions qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA. Selon l'art. 73ter RAI, les parties peuvent faire part à l'OAI de leurs observations sur le préavis dans un délai de trente jours. Selon l'art. 74 RAI, lorsque l'instruction de la demande est achevée, l'OAI se prononce sur la demande de prestations et, la motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis. 9. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le rapport très laconique du Dr C\_\_\_\_\_ pour retenir que l'affection dont souffre l'enfant n'est pas une infirmité congénitale au sens de l'OIC, alors que ce rapport ne mentionne même pas l'affection en question. Il ressort toutefois de l'indication donnée par les parents que la pathologie rénale avait été diagnostiquée avant la naissance. Selon le codage des HUG, l'enfant souffre d'une hydronéphrose congénitale, soit d'une dilatation pyélo-calicielle bilatérale modérée de 8 mm. Conformément à l'avis du SMR du 27 février 2014, avant de se prononcer, l'OAI aurait dû réunir les rapports de la consultation en néphrologie pédiatrique puisque l'enfant a en effet été soumis à des ultrasons selon les factures produites par l'assurance. Par contre, la Cour ne peut pas se fonder sur l'avis peu documenté du SMR, selon lequel une dilatation de 8 mm ne serait pas suffisante pour admettre une hydronéphrose à charge de l'OAI. Ni l'OIC ni les directives ne précisent les conditions de prise en charge d'une hydronéphrose en tant qu'infirmité congénitale. De même, la Cour n'est pas en mesure de déterminer si la pathologie en question est congénitale ou due à une autre cause. En l'état d'instruction du dossier, il n'est donc pas possible de trancher la question litigieuse. La décision de refus du 9 décembre 2013 sera donc annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Conformément aux directives applicables aux mesures médicales et aux infirmités congénitales, l'OAI devra solliciter des HUG la production de l'ensemble du dossier médical de l'enfant lié à cette affection (échographies, rapports de consultation, éventuellement d'intervention) ainsi qu'un rapport circonstancié du spécialiste ayant assuré le suivi de l'enfant, concernant le ou les diagnostics précis, l'étiologie des troubles, leur gravité, le traitement pratiqué, ainsi qu'une détermination motivée s'agissant de savoir s'il s'agit d'une infirmité congénitale au sens de l'OIC.![endif]>![if> A cet égard, il est exact qu'au stade du préavis, l'OAI pouvait sans autre prolonger le délai de trente jours, afin que l'assurance puisse réunir, le cas échéant, des pièces médicales ou recueillir l'avis de son médecin-conseil. Compte tenu de l'admission partielle du recours et du renvoi pour instruction complémentaire, le grief de la recourante à cet égard n'a pas à être examiné plus avant. 10. Le recours est donc partiellement admis, la décision du 9 décembre 2013 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. L'émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.![endif]>![if> 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.