

## GE\_GERICHTE A/3443/2013 vom 14. Mai 2014

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3443\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3443_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/3443/2013 du 14 mai 2014

IT: GE\_GERICHTE A/3443/2013 del 14 maggio 2014

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.05.2014  
A/3443/2013

A/3443/2013 ATAS/608/2014 du 14.05.2014 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3443/2013  
ATAS/608/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 14 mai  
2014 4ème Chambre En la cause A\_\_\_\_\_, enfant mineur, agissant par ses parents Madame  
et Monsieur B\_\_\_\_\_, domiciliés à CHENE-BOURG recourant contre OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12,  
GENEVE intimé EN FAIT 1. L'enfant A\_\_\_\_\_ B\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), est né le  
\_\_\_\_\_ 2013 à 22h26 à la maternité de Genève.![endif]>![if> 2. Le 19 mars 2013, les  
parents de l'assuré ont déposé une demande de prestations auprès de l'office de  
l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en raison d'une infirmité congénitale, à savoir de  
sévères troubles respiratoires.![endif]>![if> 3. Sur demande de l'OAI, le docteur  
C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin adjoint responsable du service de  
néonatalogie et de soins intensifs auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les  
HUG), a, par rapport du 23 avril 2013, diagnostiqué une prématurité de trente-six semaines,  
une détresse respiratoire, une encéphalopathie hypoxo-ischémique légère (Sarnat I) et une  
insuffisance respiratoire aiguë. L'assuré présentait l'infirmité congénitale OIC 497 et avait  
été traité du 1 er au 3 mars 2013, date de son transfert à la maternité. Il nécessitait des suivis  
réguliers aux consultations du développement et de la croissance. ![endif]>![if> Le Dr  
C\_\_\_\_\_ a joint le rapport d'hospitalisation au service de néonatalogie et de soins intensifs  
établi le 18 avril 2013 par le docteur E\_\_\_\_\_, chef de clinique, et la doctoresse F\_\_\_\_\_,  
médecin interne. Ces médecins ont indiqué que l'assuré avait été admis le 1 er mars 2013,  
date à laquelle ils ont diagnostiqué des troubles de l'adaptation primaire – détresse  
respiratoire (F43.2), une encéphalopathie hypoxo-ischémique légère (Sarnat I; P21.1) et une  
insuffisance respiratoire aiguë (J96.0). Ils ont expliqué notamment qu'à la naissance, la  
respiration de l'assuré avait été spontanée, avec apparition d'un syndrome de détresse  
respiratoire à cinq minutes de vie associée à une cyanose et une désaturation nécessitant une  
CPAP (support ventilatoire) manuelle puis nasale. En raison de la persistance d'un  
syndrome de détresse respiratoire important avec une hypercapnie sévère et une suspicion  
de CO2 narcose, une intubation orale avait été faite à 0h05. L'assuré avait été transféré aux  
unités de soins intensifs dans des conditions stables pour observation et éventuellement  
protocole d'hypothermie. Au status d'entrée, les médecins ont noté notamment « resp:  
intubé, sat: 94% sous FiO2 30%, MV sym ». S'agissant de l'évolution sur le plan  
pulmonaire, ils ont indiqué « détresse respiratoire nécessitant un support ventilatoire  
non-invasif après CPAPn avec aide 10, PEEP 5; FiO225%. Après trois heures de vie,  
normalisation pCO2 permettant une extubation avec relai par CPAP nasale AA durant vingt  
minutes. A\_\_\_\_\_ reste par la suite eupnéique à l'air ambiant ». Sur le plan neurologique,

vu l'évolution favorable, le protocole d'hypothermie n'avait pas été entrepris. L'évolution clinique avait été rapidement favorable avec une normalisation de l'état neurologique après moins de vingt-quatre heures permettant un transfert en néonatalogie le 2 mars, puis à la maternité le 3 mars dans des conditions stables. Le bilan d'asphyxie du 2 mars se révélait aligné. Enfin, les médecins proposaient un contrôle à un mois de vie chez le pédiatre et un suivi à l'unité de développement à six mois de vie. 4. Par avis du 17 juillet 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional AI (ci-après SMR), a relevé que l'assuré était un prématuré de trente-six semaines et quatre jours de gestation ayant présenté un trouble de l'adaptation primaire. Il avait été intubé, puis avait bénéficié d'un traitement par CPAP interrompu complètement à trois heures de vie. L'évolution avait été rapidement favorable et l'assuré n'avait bénéficié que d'une surveillance. Il avait pu être transféré à environ quarante-huit heures de vie à la maternité. L'assuré n'avait bénéficié que d'une réanimation primaire, puis après son transfert en néonatalogie qu'à une surveillance, sans soins intensifs. Les conditions pour une prise en charge de l'hospitalisation sous couvert du chiffre OIC 497 n'étaient donc pas remplies. 5. Par projet de décision du 9 août 2013, l'OAI a indiqué qu'il entendait refuser la demande de prise en charge des mesures médicales pour l'infirmité congénitale OIC 497 (syndrome de détresse respiratoire) ainsi que l'hospitalisation. Il résultait des rapports médicaux que le traitement CPAP avait été interrompu complètement à trois heures de vie. L'évolution avait été rapidement favorable et l'assuré n'avait bénéficié que d'une surveillance, sans soins intensifs. 6. Par décision du 26 septembre 2013, l'OAI a repris la teneur de son projet de décision. 7. Par acte du 24 octobre 2013, les parents de l'assuré ont interjeté recours contre la décision, expliquant qu'après discussion et revue intégrale du dossier, le Dr C\_\_\_\_\_ constatait que l'hospitalisation avait été motivée par une détresse respiratoire survenant dans les premières septante-deux heures de vie nécessitant une prise en charge intensive (CPAPn = mode de ventilation non invasive). On pouvait raisonnablement déduire que l'issue n'aurait pas été aussi rapidement favorable sans cette mesure intensive. Le médecin estimait donc que le refus de prise en charge des mesures médicales pour une infirmité congénitale reconnue n'était pas justifié. 8. Par réponse du 26 novembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision querellée. L'assuré avait bénéficié d'une réanimation primaire, puis après son transfert en néonatalogie, à une surveillance sans soins intensifs. Les conditions pour une prise en charge de l'hospitalisation sous couvert du chiffre OIC 497 n'étaient donc pas remplies. Les éléments apportés par le recourant ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. 9. Après avoir adressé cette écriture au recourant, la Chambre de céans a gardé la cause 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<sup>er</sup> 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. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 3. Est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à des prestations en raison de l'infirmité congénitale OIC 497. 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. >[endif]>[if> 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 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). 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). 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 1<sup>er</sup> 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 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 "sévéres" au sens du chiffre OIC 497. 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. 8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 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. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. 2. Au fond : Le rejette. 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. 4. 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.![endif]>![if> La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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