

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 140 vom 16. Februar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-02-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_140](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__140)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 140 du 16 février 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 140 del 16 febbraio 2015

## Regeste

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, AI{ASSURANCE}, SYNDROME DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE, TRAITEMENT{EN GÉNÉRAL} | 13 LAI, 3 al. 2 LPGA, 8 LPGA, 1 OIC, 2 OIC

## Erwägungen

### E. 16

heures Nouveau-né à terme de 37 à 42 SG Poids de naissance > 2500g, RCIU (taille) : I.\_\_\_\_\_ est un nouveau-né à terme, eutrophique pour les 3 paramètres. En raison du SDR, elle est gardée initialement à jeun et perfusée avec du glucose qui est sevré le 19.11. L'alimentation est débutée à J2 et est bien tolérée. Au moment de son départ, elle a perdu un maximum de 5% de son PN. Les OEA sont normales. Le Konakion est donné i.v à la naissance et sera à redonner à J28. Le Guthrie de J4 est normal de même que l'US cérébral. Iso-immunisation AO : Au vu d'un Coombs positif, nous effectuons des contrôles rapprochés de la bilirubine transcutanée, qui restent toujours dans la norme. Suspicion d'infection néonatale (hémoculture négative) : Devant le SDR initial, une infection néonatale ne peut être exclue. I.\_\_\_\_\_ est mise sous antibiothérapie (Clamoxyl et Garamycine) dès la naissance après prélèvement d'une hémoculture. Le bilan sanguin effectué à l'entrée montre une hyperleucocytose à 34,2 G/L, sans déviation gauche. L'évolution clinique est favorable. L'hémoculture est stérile et les antibiotiques sont stoppés à J3 ». Par communication du 30 avril 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures médicales, soit la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale chiffre 497 OIC [ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21] du 17 novembre 2012 jusqu'à la fin du traitement intensif, au plus tard cependant jusqu'au 18 novembre 2012 (sevrage CPAP). Il était précisé que la prise en charge comprenait les coûts du traitement à l'hôpital et un contrôle ultérieur. Des contrôles ultérieurs pouvaient être pris en charge si leur nécessité et leur durée prévisible étaient justifiées par le traitement intensif. Une copie de la décision était également adressée à D.\_\_\_\_\_SA (ci-après : D.\_\_\_\_\_SA ou la recourante) en sa qualité d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie de l'assurée. Dans sa contestation du 27 mai 2013, D.\_\_\_\_\_SA a conclu à la prolongation de la prise en charge par l'OAI jusqu'à l'arrêt définitif du CPAP, soit jusqu'au 20 novembre 2012. En effet, selon le rapport des médecins traitants, la CPAP (mesure particulièrement onéreuse et surveillance par appareil) avait été définitivement arrêtée le 20 novembre 2012. En outre, en raison du SDR, l'assurée avait été perfusée avec du glucose dont le sevrage avait débuté le 19 novembre 2012. Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas à son Service médical régional (ci-après : SMR). Par avis médical du 12 septembre 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, a relevé ce qui suit : « Rapport médical de la Dresse W.\_\_\_\_\_ du 5.02.2013, indexé au 14.03.2013 : Ce

rapport nous apprend qu'il s'agit d'un nouveau-né à terme, avec présence d'un liquide méconial avec une adaptation moyenne. Aspiration oro-pharyngée, puis évidemment bradycardie sur aspiration nécessitant une ventilation au masque pendant 30 secondes, puis mise sous C-PAP. Problèmes respiratoires OIC 497 : SDR sur probable aspiration de liquide méconial. Mise sous C-PAP avec correction rapide. La C-PAP est sevrée le 18.11.2013. Il est donc possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 497 du 7 [recte : 17].11. au 18.11.2012. La position du SMR est extrêmement claire. Le chiffre OIC 497 nécessite un traitement intensif. Or, par traitement intensif, il faut considérer la présence du tube trachéal en place. Dès lors qu'on l'enlève, il n'y a plus de raison de tenir une surveillance intensive. Pour mémoire, l'AI revoit le dossier de manière rétrospective, ce qui n'est pas le cas au quotidien. Les mesures de sécurité sont compréhensibles, mais elles ne doivent pas interférer avec cette évaluation rétroactive ». Par projet de décision du 31 mars 2014, l'OAI a rejeté la demande de prise en charge des mesures médicales jusqu'au 20 novembre 2012 se fondant sur l'avis du SMR lequel a considéré que le 18 novembre 2012 était la date à laquelle correspondait la fin des mesures médicales intensives. Dans le cadre de sa contestation du 10 avril 2014, D. \_\_\_\_\_ SA a transmis le 14 mai 2014 un courrier du 28 avril 2014 de la Dresse W. \_\_\_\_\_, laquelle a fait état des éléments suivants : « La ventilation non invasive (ou CPAP nasale) peut être sevrée de plusieurs manières : soit on augmente tous les jours les pauses par exemple pause de 1h, puis de 2h, puis de 4h puis stop. Une autre alternative est celle d'arrêter d'un coup avec les critères requis bien sûr, cf. notre feuille d'arrêt de CPAP, et de confirmer la tentative d'arrêt de CPAP (TAC) comme réussie après 48-72 h de surveillance, c'est-à-dire de la fréquence respiratoire, des signes de SDR, des bradycardies apnées qui peuvent également réapparaître. En effet, il arrive que nous devions remettre la CPAP surtout chez les prématurés, et pour éviter un transfert en hôpital périphérique puis un retour, et de par notre expérience, nous avons fixé les retransferts après arrêt de CPAP selon les critères mis ci-joints. Il semblerait logique que les médecins responsables du codage AI se fixe un délai après la CPAP, comme cela est valable également pour l'OIC 498 (hypoglycémie), 24h après stop de la perfusion ». D. \_\_\_\_\_ SA a également transmis un courriel du 13 mai 2014 de la Dresse W. \_\_\_\_\_ laquelle a donné des informations à propos du sevrage CPAP. Elle a notamment mentionné que le jour du sevrage direct comptait comme dernier jour de la prise en charge par l'AI. Une telle pratique n'était pas juste, car la CPAP devait quelque fois être remise, même 24 heures plus tard. Elle a rappelé que pour la perfusion de sucre, l'AI prenait en charge les frais jusqu'à 24 heures après son arrêt. Par décision du 30 septembre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 31 mars 2014. B. Par acte du 6 novembre 2014, D. \_\_\_\_\_ SA interjette recours contre la décision du 30 septembre 2014 de l'intimé. Elle conclut à l'admission du recours, à l'annulation de la décision rendue le 30 septembre 2014 par l'OAI du Valais [recte : Vaud], lequel doit prendre en charge le séjour hospitalier de l'assurée jusqu'au 20 novembre 2012. Elle allègue que le fait de séjourner dans un service de néonatalogie implique déjà en soi une mesure intensive et que si l'état de l'assurée n'avait nécessité qu'une simple surveillance, elle aurait très vraisemblablement déjà pu être transférée dans le service de maternité dès le 18 novembre 2012. Elle ajoute que l'assurée a bénéficié d'une surveillance permanente par appareillage afin de vérifier la fonction respiratoire et qu'un traitement antibiotique a été administré jusqu'au

## **E. 19**

novembre 2012 en raison d'une suspicion d'infection néonatale dont l'hémoculture s'est révélée cependant stérile. Les perfusions de glucose n'avaient pas pour but de traiter une

carence métabolique particulière, mais d'alimenter l'assurée qui avait été initialement gardée à jeun. Finalement, même si après le retrait de la CPAP (arrêt de l'emploi de la machine et du tube nasal pour ventiler l'enfant), un appareil de mesure de la fonction respiratoire a été utilisé de manière ininterrompue et permanente jusqu'au 20 novembre 2012, il ne résulte pas du dossier médical que l'assurée ait présenté des atteintes pulmonaires sous forme d'apnées par exemple (tel que dans l'arrêt du TF cité par la recourante) – ni qu'un tel risque ait été évoqué dans le cas de l'assurée – après l'épisode du SDR sur aspiration de méconium, respectivement après l'arrêt de la CPAP. Au contraire, il ressort de la carte de soins relative au séjour de l'assurée dans le service de néonatalogie sous la rubrique « évaluation pulmonaire » que cette dernière avait certes souffert de « tirage » (phénomène dans lequel les tissus mous de la cage thoracique sont « aspirés » vers l'intérieur de celle-ci lors de l'inspiration), mais que dès le 18 novembre 2012 à 16h au plus tard, la mention « OK » a été apposée. On rappellera que la prise en charge d'un syndrome de détresse respiratoire est expressément limitée au traitement intensif de cette carence métabolique, ce qui exclut, par définition, la prise en charge d'un éventuel traitement secondaire. Dès lors, il ne suffit pas que le traitement soit intensif à l'origine pour que l'assurance-invalidité ait une obligation de fournir des prestations jusqu'au terme du traitement (dans ce sens TF 9C\_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.5). En définitive, le maintien de l'assurée au Service de néonatalogie poursuivait principalement un but préventif : il s'agissait d'assurer une surveillance pour pouvoir dispenser, le cas échéant, des soins continus, voire intensifs. Toutefois, la Dresse W. \_\_\_\_\_ n'a pas évoqué un traitement intensif particulier qui aurait été administré à l'enfant I. \_\_\_\_\_ dès le 19 novembre 2012 jusqu'à son transfert en maternité et susceptible de justifier le maintien de la prise en charge par l'assurance-invalidité. c) Au vu de ces éléments, la Cour de céans considère que c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de l'assurée à une prise en charge des frais d'hospitalisation postérieurs au 18 novembre 2012, car l'assurance-invalidité n'est tenue d'allouer ses prestations que le temps qu'a duré le traitement intensif du SDR, tel que défini par l'OIC et la CMRM. La suite du traitement devra donc être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. 4. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées). En l'espèce, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige ; les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Le complément d'instruction sous forme d'audition de la Dresse W. \_\_\_\_\_ par voie de questionnaire requis par la recourante ne se justifie dès lors pas. 5. a) Partant, le recours, mal fondé, 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'AI 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 de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la

recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGa).

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