

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 126 vom 23. Februar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-02-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2016\\_\\_126](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__126)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 126 du 23 février 2016

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 126 del 23 febbraio 2016

## Regeste

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, FRAIS DE TRAITEMENT, ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ, TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX, NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT | 13 LAI, 14 LAI, 3 al. 2 LPGA

## Erwägungen

### E. 29

novembre 2013, ainsi que d'examiner si les diagnostics évoqués dans le cas de l'assurée entrent dans le champ d'application de l'OIC, singulièrement du chiffre 494 ou du chiffre 495 de son annexe. 3. Selon l'art. 64 LPGA, le traitement d'une atteinte à la santé est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi (al. 1). L'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge le traitement des atteintes à la santé dont il n'a pas à répondre lorsque ces atteintes surviennent au cours d'un traitement hospitalier et ne peuvent être traitées séparément (al. 4). Sur le plan temporel, l'assureur social n'est toutefois tenu de verser des prestations pour un traitement hospitalier que le temps que dure la prise en charge du cas d'assurance qu'il est tenu de couvrir (ATF 134 V 1 consid. 6.2.2 ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 2.1). Le concours de plusieurs mesures médicales prodiguées dans un traitement hospitalier qui, chacune à elle seule, relèvent du domaine de compétence d'une assurance distincte et qui sont certes appliquées en même temps, mais concernent des atteintes à la santé que l'on peut délimiter les unes des autres ne doit en principe pas engendrer l'application de l'art. 64 al. 4 LPGA (ATF 134 V 1 consid. 8.1 ; TF 9C\_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 2.2). Si dans le cadre d'un seul traitement hospitalier, il est procédé simultanément à l'intervention chirurgicale d'une infirmité congénitale et d'une atteinte à la santé indépendante ne relevant pas du champ d'application de l'assurance-invalidité, par exemple parce que l'infirmité est localisée dans la même partie du corps et qu'il s'avère inopportun voire irresponsable d'un point de vue médical d'envisager deux interventions séparées (l'une à la charge de l'assurance-invalidité et l'autre à la charge de l'assurance-maladie), les frais qui en découlent doivent faire l'objet d'une répartition. Cette répartition doit se faire selon la part que devraient prendre à leur charge les assurances sociales respectives en cas de traitement séparé et doit être calculée concrètement sur la base des indications médicales à ce sujet (ATF 134 V 1 consid. 8.2). 4. A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. a) Conformément à l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste de ces infirmités. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). L'existence de l'art. 13 LAI s'explique historiquement par le fait que,

lors de l'entrée en vigueur de la LAI (en 1960), il n'y avait pas encore d'assurance-maladie obligatoire. Depuis 1996, l'assurance-maladie obligatoire prend également en charge les conséquences financières des infirmités congénitales, toutefois de manière subsidiaire par rapport à l'AI (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 395/02 du 31 octobre 2002 consid. 1.2, in : SVR 2003 IV n° 12 p. 35). b) Faisant usage de la délégation prévue à l'art. 13 al. 2, première phrase, LAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC. Aux termes de 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, première phrase, OIC [reprise de l'art. 3 al. 2 LPGA]) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, première phrase, OIC). En prenant en charge le traitement des infirmités congénitales des assurés âgés de moins de 20 ans révolus, l'AI encourage et finance dès le plus jeune âge la correction – plus facile, plus efficace et moins coûteuse qu'ultérieurement – de handicaps qui seront susceptibles d'entraver les assurés à l'âge adulte. On notera en particulier que le traitement de l'affection en tant que telle est compris dans le cadre de l'art. 13 LAI ; en effet, cette disposition tient compte du fait que les infirmités congénitales ne sont par définition ni des maladies, ni des accidents (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc). Par ailleurs, afin de garantir les principes de l'égalité devant la loi et de la sécurité du droit, le champ d'application de l'art 13 LAI est strictement délimité dans l'OIC, laquelle définit ce qu'il faut entendre par infirmités congénitales au sens de l'AI (art. 1 al. 1 OIC) et énumère, dans une liste annexée, celles qui donnent droit à des mesures médicales de l'AI. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est autorisé à compléter cette liste en y ajoutant des infirmités dont la nature congénitale est évidente, mais qui ne figurent pas encore dans celle-ci (art. 1 al. 2, deuxième phrase, OIC ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1537 et 1538 p. 416). c) Selon la jurisprudence, la liste de l'annexe de l'OIC se fonde sur un critère fonctionnel ; sa systématique permet de tenir compte, dans l'intérêt évident de l'assuré, des symptômes isolés en tant que tels, indépendamment de leur étiologie, plutôt que des pathologies dans leur ensemble. Pour des affections polysymptomatiques, le traitement d'une pluralité de troubles est à la charge de l'assurance-invalidité uniquement si ces troubles, considérés isolément, correspondent à l'une ou l'autre des infirmités congénitales énumérées dans l'annexe à l'OIC (TF 9C\_455/2010 du 10 février 2011 consid. 3.3 ; TFA I 22/02 du 28 mai 2002 consid. 5a). Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire, qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente ; il doit, en d'autres termes, exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien de causalité adéquate qualifié (ATF 129 V 207 consid. 3.3). Pour que le rapport de causalité entre deux faits soit adéquat, il faut non seulement que l'un apparaisse comme la cause nécessaire de l'autre, mais aussi que le premier fait soit propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat semblable (ATFA 1962 p. 48 consid. 1). Il n'est cependant pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse elle-même les conditions prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale spécifique ou qu'elle soit la conséquence directe de l'infirmité congénitale ; des conséquences même indirectes de l'affection congénitale de base peuvent également satisfaire à l'exigence de la causalité adéquate (VSI 1998 p. 252 et 2001 p. 75 consid. 3b ; ATF 100 V 41 consid. 1 ; TFA I 318/90 du 4 juin 1991 consid. 3b et les références ; cf. également Valterio, op.cit., n° 1552 p. 420). Quant à

la fréquence des affections secondaires, elle ne constitue pas à elle seule un critère décisif pour l'admission d'un lien de causalité adéquate (TF 8C\_80/2010 du 15 juin 2010 consid. 2.2 et jurisprudence citée ; cf. également Valterio, op. cit., ibidem). Dans tous les cas, la reconnaissance du lien de causalité doit être soumise à une appréciation restrictive du fait précisément que l'art. 13 LAI limite le droit de l'assuré au traitement de l'infirmité congénitale comme telle (VSI 1998 p. 252 consid. 2a). 5. L'obligation de l'AI de verser des prestations pour les infirmités congénitales et la nature des mesures pouvant entrer en considération sont précisées dans la CMRM (Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015), édictée par l'OFAS en sa qualité d'autorité de surveillance en matière AI. a) Destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elle ont notamment pour but d'éviter, dans la mesure du possible, que l'administration ne rende des décisions viciées qu'il faudra ensuite annuler ou révoquer, et d'établir des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative. Selon la jurisprudence, ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles 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, voire qu'elles présentent la jurisprudence de la Haute Cour en vigueur. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (cf. ATF 133 V 587 consid. 6.1 ; 133 V 257 consid. 3.2 ; 132 V 200 consid. 5.1.2 ; 131 V 42 consid. 2.3 ; 129 V 200 consid. 3.2 ; 127 V 57 consid. 3a ; 126 V 64 consid. 4b et références citées). En tant qu'aides interprétatives, les instructions ne constituent pas un fondement pour poser des exigences matérielles limitatives supplémentaires (ATF 126 V 421 consid. 5a ; 109 V 166 consid. 3b). b) La CMRM, à ses chiffres 11 et 12, a repris la notion d'affection secondaire en lien de causalité avec une infirmité congénitale et également exposé les conditions de prise en charge d'une affection dite intercurrente. Selon cette directive, le traitement d'atteintes à la santé qui constituent une conséquence de l'infirmité congénitale est à la charge de l'AI si les manifestations pathologiques secondaires sont en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale et qu'aucun événement extérieur n'intervient de manière déterminante dans le processus. Dans ces cas-là, il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse les conditions particulières prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale. Il importe cependant de fixer des exigences sévères à la reconnaissance d'un lien de causalité qualifié entre une infirmité congénitale et une atteinte à la santé secondaire (chiffre 11 CMRM ; cf. VSI 1998 p. 252 et 2001 p. 76 consid. 3, ainsi que jurisprudence citée sous considérant 4c supra). Si des affections intercurrentes, qui ne constituent pas une conséquence directe de l'infirmité congénitale, surviennent au cours d'une hospitalisation motivée par cette dernière, leur traitement n'est à la charge de l'AI que si elles sont d'une importance manifestement secondaire et le demeurent aussi longtemps qu'elles existent (chiffre 12 CMRM). 6. Il y a lieu d'examiner spécifiquement les chiffres 494 et 495 de l'annexe à l'OIC intéressant le cas d'espèce. a) Le chiffre 495 de l'annexe à l'OIC

mentionne, au titre d'infirmité congénitale, les infections néonatales sévères, lorsqu'elles sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire. En vertu du chiffre 495 CMRM, « graves » au sens de cette disposition implique la nécessité de mesures médicales spéciales (par ex. un traitement aux soins intensifs d'un hôpital de soins aigus après une naissance à domicile, ou un traitement dans l'unité de soins intensifs d'une maternité ou d'une clinique infantile après un accouchement à l'hôpital). Un traitement est par ailleurs considéré comme « intensif » lorsque les frais normaux de séjour d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire lorsque des mesures particulièrement onéreuses sont nécessaires, telles que surveillance permanente par appareils, contrôles et soins médicaux à l'hôpital particulièrement fréquents (chiffre 495 CMRM). b) Quant au chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, il se rapporte à la prématurité, englobant les mesures nécessitées par les nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes, jusqu'à la reprise d'un poids de 3000 grammes. Le chiffre 494.1 CMRM précise que le poids à la naissance est déterminant. Il ne faut pas tenir compte de la perte de poids physiologique qui se produit après la naissance. Le droit à des prestations s'éteint dès que le poids atteint 3000 grammes. c) On rappellera enfin, plus généralement, que 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 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 7. En l'espèce, le rapport établi le 16 janvier 2014 par la Dresse D. \_\_\_\_\_ signale que l'assurée a reçu des traitements antibiotiques à deux reprises au cours de son séjour au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_. Elle a été en effet traitée en premier lieu à son arrivée au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_, tandis qu'un bilan infectieux était ordonné du fait d'une « tachycardie persistante, associée à une hypoglycémie ». Les cultures effectuées dans ce contexte sont toutefois « revenues stériles » de sorte que l'antibiothérapie a pu prendre fin après sept jours de traitement (cf. rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 16 janvier 2014, p. 2). L'assurée a bénéficié d'un second traitement « à trois semaine de vie », les médecins ayant constaté « une baisse de l'état général, une hypothermie, une hypotonie et une augmentation des épisodes de bradycardie avec désaturations ». Ils ont conclu à un diagnostic de « sepsis-like syndrome » vu « l'évolution clinique très rapidement favorable », consécutivement à la poursuite « d'une antibiothérapie pour une durée de 72 heures au total » (cf. rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 16 janvier 2014, p. 3). Il est par ailleurs constant que l'assurée présentait un poids inférieur à 2000 grammes à la naissance et qu'elle a atteint le poids déterminant de 3000 grammes en date du 20 décembre 2013, ce qui lui a ouvert le droit – non contesté – aux prestations de l'intimé sous couvert du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC (cf. rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 16 janvier 2014 in limine et avis du Dr E. \_\_\_\_\_ du 6 février 2014). a) S'agissant du premier traitement anti-infectieux administré par le Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ à l'assurée, on doit convenir avec l'intimé, respectivement le SMR, que les examens diligentés subséquentement n'ont pas permis de vérifier l'existence effective d'une infection. La Dresse D. \_\_\_\_\_ a en effet expressément indiqué que les cultures effectuées s'étaient avérées « stériles », de sorte que l'on peut retenir que le traitement a été vraisemblablement dispensé à titre préventif, en dépit des risques réels de déclenchement d'une infection, dont l'issue aurait pu s'avérer fatale. Compte tenu d'une

simple suspicion d'infection rapidement écartée du fait de l'impact du traitement administré, il convient de déduire que les critères de gravité de l'affection et de l'intensité du traitement, au sens requis par le chiffre 495 de l'annexe à l'OIC, n'étaient vraisemblablement pas réalisés dans le cas de ce premier traitement anti-infectieux. La prise en charge des frais correspondants sous l'angle du chiffre 495 de l'annexe à l'OIC apparaît en conséquence exclue. En revanche, on peut considérer – au degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales – que cette suspicion d'infection est en relation directe avec le statut de prématuré de l'assurée, ainsi que l'a souligné le médecin-conseil de la recourante et l'a concédé le SMR (cf. avis des Drs J. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2014 et H. \_\_\_\_\_ du 19 octobre 2015, p. 1 in fine). Dès lors, dans cette mesure, il y a lieu de considérer la réalisation de la situation mise en exergue par la jurisprudence fédérale citée sous considérant 4c supra et reprise au chiffre 11 CMRM en retenant la survenance d'une problématique secondaire à la prématurité de l'assurée. A fortiori, le traitement dispensé à l'assurée à son arrivée au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ devrait de toute façon être assumé, sous l'angle du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, au regard du chiffre 12 CMRM, au titre de traitement d'une affection intercurrente, dans l'hypothèse où le lien de causalité entre le risque infectieux présenté par l'assurée et son statut de nouveau-né prématuré ne devait pas être admis. Vu ces éléments, il s'ensuit que les frais afférents au traitement antibiotique prodigué à l'assurée à son arrivée au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ doivent être assumés par l'intimé sous couvert du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC. b) Eu égard au second traitement anti-infectieux dont a bénéficié l'assurée à trois semaines de vie, l'application du chiffre 495 de l'annexe à l'OIC s'avère manifestement exclu. Les symptômes ayant justifié l'administration dudit traitement ne sont en effet clairement pas survenus au cours des 72 premières heures de la vie, ainsi que le requiert ledit chiffre de l'annexe à l'OIC. Toutefois, il convient de procéder à un raisonnement identique à celui développé ci-avant dans le cas du premier traitement antibiotique, dans la mesure où il a été vraisemblablement nécessité du fait de la prématurité de l'assurée, ce que le SMR ne met d'ailleurs pas sérieusement en doute. Dès lors, on peut déduire que les frais engendrés par ce second traitement incombent également à l'intimé dans le cadre de la prise en charge garantie par le chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, en raison du lien entre la prématurité de l'assurée et le risque infectieux accru (cf. chiffre 11 CMRM). Qui plus est, il appartiendrait de toute façon à l'OAI d'assumer ces frais en application du chiffre 12 CMRM, sous l'angle du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, alors que l'assurée n'avait pas encore atteint le poids déterminant de 3000 grammes. 8. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours déposé par CSS Assurance doit être admis et la décision de l'OAI du 11 août 2015 réformée en ce sens que l'assurée a droit à la prise en charge des frais de traitements anti-infectieux dispensés au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ à l'occasion de son hospitalisation du 16 octobre 2013 au 29 novembre 2013 sous l'angle de l'art. 13 LAI, singulièrement du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC. Le paiement du montant de 11'804 fr. 60 incombe en conséquence à l'intimé. a) 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé sont fixés à 400 francs. b) Quoique CSS Assurance obtienne gain de cause, elle ne saurait en revanche prétendre des dépens de la part de l'intimé, dans la mesure

où en sa qualité d'assureur social, elle dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (ATF 134 V 340). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours interjeté par CSS Assurance le 10 septembre 2015 est admis. II. La décision rendue le 11 août 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud dans le dossier de l'enfant B.C.\_\_\_\_\_ est réformée en ce sens que le montant de 11'804 fr. 60 facturé par le Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ est mis à la charge de l'intimé sous l'angle du chiffre 494 OIC. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont également mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à : ■ CSS Assurance, à Lucerne, ■ C.C.\_\_\_\_\_, à [...] (pour B.C.\_\_\_\_\_), pour information, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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