

VD_GERICHTE ZD15.004090 vom 17. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.004090

FR: VD_GERICHTE ZD15.004090 du 17 novembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZD15.004090 del 17 novembre 2015

Erwägungen

E. 2

mois par un transit qui montre un reflux jusqu'au tiers proximal de l'œsophage, traité par Nestragel, Ulcogant et IPP [inhibiteurs de la pompe à protons]. Un nouveau bilan avec pH-métrie effectué en 2007, associé à un TOGD [transit oeso-gastro-duodéal] et une endoscopie, avait mis en évidence un reflux non acide, motivant la persistance du traitement médicamenteux. A.J._____ se plaint de douleurs abdominales périombilicales récurrentes avec des épisodes de reflux. Actuellement, son alimentation est sélective, refusant les aliments gras. Par ailleurs, elle présente souvent des petites régurgitations nocturnes ainsi qu'une raucité de la voix et des otites et rhinites à répétition. Elle est traitée régulièrement par du Ventolin pour des bronchites asthmatiformes. Depuis avril 2013, elle est sous traitement d'Oméprazole 40 mg/j, actuellement 20 mg/j qui ont permis une amélioration de la symptomatologie digestive, mais sans impact sur les rhinites à répétition ou les douleurs rétrosternales nocturnes. Un TOGD effectué en 2013 ne montre pas d'hernie hiatale. Le 19.12.2013, une impédancemétrie est réalisée, qui montre un important RGO acide et mixte avec une péjoration de la symptomatologie à l'arrêt de l'Oméprazole. Pour cette raison, une cure de RGO par fundoplicature est organisée pour le 20.01.2014.

- 3 - A noter qu'elle est également suivie depuis 2013 par la Dresse [...] pour une constipation, avec reprise d'un transit régulier 1x/j. [...] Synthèse – Discussion et évolution A.J._____ est une fille de 9 ans, connue pour un RGO depuis la naissance, qui a bénéficié d'une fundoplicature selon Toupet par laparoscopie le 20.01.2014 et d'une œsophagoscopie préopératoire, qui ne met pas en évidence d'œsophagite. Les suites postopératoires sont simples. A.J._____ présente de légères douleurs épigastriques, qui répondent bien à une antalgie de premier palier, sans vomissement. Le transit n'a pas été repris pendant l'hospitalisation. Au niveau de l'alimentation, un régime lisse mixé est débuté dès J1 postopératoire et est bien toléré. Au vu de la bonne évolution clinique et en accord avec les parents, un retour à domicile est autorisé le 21.01.2014 avec un traitement de Paracétamol et Ibuprofen pendant 5j ainsi que de l'Oméprazole 20 mg 1x/j pendant 1 mois postopératoire. [...] » Dans un rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 1er mars 2014, le Prof. H._____ a confirmé le diagnostic d'infirmité congénitale sous la forme d'un reflux gastro-œsophagien (OIC 280). Il a joint à son envoi plusieurs documents, à savoir : - son courrier du 13 janvier 2014 au Dr R._____, dont la teneur était notamment la suivante : «A.J._____ est une enfant actuellement âgée de 9 ans, qui présente depuis la Maternité déjà une symptomatologie de reflux. Il a été investigué à l'âge de 2 mois par un transit qui montre un reflux jusqu'au tiers proximal de l'œsophage, motivant un traitement par Nestargel, Ulcogant et IPP. L'évolution est marquée par la persistance de cette symptomatologie de reflux motivant un nouveau bilan en 2007, avec pH-métrie, TOGD et endoscopie, qui

conclut à l'absence de reflux pathologique, mais parle déjà d'un reflux non acide justifiant la poursuite du traitement conservateur. En dehors des traitements par IPP, A.J._____ se plaint de très nombreux épisodes de remontée, mais ne vomit pas. Elle se plaint de douleurs abdominales péri-ombilicales récurrentes, non liées au repas, répondant partiellement à l'Ulcogant et occasionnant un absentéisme scolaire. Elle s'alimente bien, mais est sélective, refusant les aliments gras, les boissons gazeuses, certains aliments acides. Elle ne pratique pas le grignotage, car très surveillée par sa maman en raison de sa tendance au surpoids, elle boit de façon très fréquente au cours de la journée. Elle décrit des réveils nocturnes

- 4 - fréquents, prenant des boissons car elle se plaint de douleurs abdominales à cette occasion. La maman décrit un foetor important chez une enfant qui rote de façon conséquente. Elle présente par ailleurs une raucité de la voix. La maman a noté à de nombreuses reprises la présence de ronds jaunâtres sur l'oreiller, pouvant évoquer des épisodes de régurgitation, il n'y a jamais eu de sang. A.J._____ présente des rhinites et des otites à répétition, a bénéficié d'une amygdalectomie en 2007 et est régulièrement traitée pour des bronchites asthmatiformes par Ventolin, la dernière 1 mois avant la consultation. [...] Depuis avril 2013, un traitement d'Oméprazole 40 mg, actuellement redescendu à 20 mg, a permis de diminuer les sensations de reflux, l'alimentation est moins sélective et elle supporte mieux les aliments, mais se réveille toujours 2 à 3 fois par nuit en raison des douleurs. Il n'y a pas eu d'amélioration du foetor, des épisodes de rhinite et de bronchite asthmatiforme ; elle se plaint par contre moins de douleurs abdominales et la maman note moins de taches sur l'oreiller, mais qui sont quand même toujours présentes. Un nouveau TOGD a été réalisé en 2013, qui ne montre pas de reflux gastro-œsophagien, avec l'absence d'argument pour une hernie hiatale. Au vu de la symptomatologie, elle nous [est] adressé[e] pour discuter de la nécessité de réaliser une pH-métrie. A l'examen clinique, on note un abdomen légèrement globuleux, souple et indolore à la palpation. Il n'y a pas de rétention de selles. L'histoire décrite par A.J._____ à sa maman est hautement suggestive d'un reflux gastro-oesophagien. Compte tenu de l'amélioration incomplète de la symptomatologie sous traitement par IPP au long cours, nous avons proposé de réaliser une impédancemétrie plutôt qu'une pH-métrie. Cet examen a été réalisé sous MEOPA le 20.11.2013 avec, sans raison connue, un échec de l'enregistrement. Un nouvel examen a été réalisé le 19.12.2013, cette fois sans problème. Cet examen a permis de mettre en évidence un important reflux gastro-oesophagien acide et mixte (125 reflux), dont des reflux de longue durée (10 minutes). Il y a une mauvaise clearance de l'œsophage. Plusieurs reflux sont en association avec des épisodes de toux. A noter par ailleurs une très forte péjoration de la symptomatologie à l'arrêt de l'Oméprazole demandé pour la réalisation de cet examen. Nous sommes donc face à un important reflux gastro-oesophagien mixte expliquant la mauvaise réponse au traitement conservateur. Après longue discussion avec sa maman, puis un délai de réflexion, nous avons proposé une cure chirurgicale de reflux gastro-oesophagien selon valve partielle de Toupet. Cette intervention sera réalisée par laparoscopie dans le cadre d'une courte hospitalisation au Centre hospitalier universitaire X._____ le 20.01.2014. » ; - le protocole opératoire de la cure de reflux gastro-oesophagien du 20 janvier 2014 ;

- 5 - - son courrier au Dr R._____ du 27 février 2014 concernant le suivi de la cure de reflux gastro-oesophagien du 20 janvier 2014. Il décrivait que les suites opératoires avaient été très simples, hormis le fait que l'assurée avait présenté une dysphagie qui persistait encore, très inhabituelle, comme s'il existait un important œdème du bas-œsophage. Selon

un rapport du Dr R. _____ à l'OAI du 25 mars 2014, l'assurée présentait un reflux gastro-œsophagien diagnostiqué la première fois en 2005, à l'époque où elle était encore un nourrisson. A l'anamnèse, le Dr R. _____ évoquait que sa patiente avait présenté des symptômes de reflux gastro-œsophagien traité de différentes façons, soit par des médicaments, des consultations spécialisées en gastro-entérologie et finalement par une chirurgie gastro-intestinale. Dans un avis du 15 juillet 2014, le Dr M. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que la lettre circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI concernant le chiffre 280 OIC, datée du 3 juin 2011 et signée par le Dr L. _____, responsable des mesures médicales et examens à caractère médical, était très restrictive. Le reflux congénital devait être apparu dans les heures, voire au maximum dans les jours après la naissance. Ainsi, à moins de démontrer que le reflux gastro-œsophagien était déjà présent durant la première semaine de vie, il convenait de refuser la prise en charge des mesures médicales sous couvert du chiffre OIC 280. Le 8 septembre 2014, l'OAI a rendu un projet de décision – fondé sur l'avis SMR du Dr M. _____ – refusant la prise en charge des mesures médicales liées au reflux gastro-œsophagien de l'assurée, au motif que les pièces médicales au dossier mentionnaient l'existence de la maladie dès les premiers mois de vie sans précision de vomissements réguliers et en abondance après les repas. Le 25 septembre 2014, O. _____ SA (ci-après : O. _____ SA ou la recourante), assureur-maladie de l'assurée, a fait opposition au

- 6 - projet de décision de l'OAI. Elle a confirmé son opposition le 21 octobre 2014. Selon les rapports du Prof. H. _____ et de la Prof. Q. _____ des 13 janvier et 27 février 2014, O. _____ SA a constaté que bien que les investigations médicales aient entraîné la mise en place d'un traitement à base des médicaments Nestargel, Ulcogant, ainsi que des IPP à l'âge de deux mois, l'assurée présentait une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien depuis sa naissance. Elle a souligné que le médicament Nestargel était indiqué dans les cas de vomissements du nourrisson et que de ce fait, ce dernier prouvait l'existence des symptômes nécessaires à la reconnaissance de l'infirmité congénitale. Par avis SMR du 6 novembre 2014, le Dr M. _____ a confirmé les conclusions prises dans son précédent rapport. Par décision du 12 décembre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 septembre 2014 et a refusé la prise en charge des mesures médicales. B. Par acte du 2 février 2015, O. _____ SA a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la prise en charge par l'OAI des frais médicaux d'A.J. _____ en lien avec l'infirmité congénitale n° 280. Elle soutient que l'assurée a présenté une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien depuis la naissance. Elle produit une réponse du Dr R. _____ à sa demande de renseignements du 23 décembre 2014, qui a observé ce qui suit : « les problèmes de régurgitations étaient présents depuis la naissance, mais à cet âge ils sont tout à fait banaux. Ce n'est qu'à l'âge de

E. 2.3

; cf. Valterio, op. cit., n° 1551 p. 419 s.). d) Chez un assuré atteint d'une infirmité congénitale, l'invalidité est réputée survenue au moment où l'infirmité rend nécessaire, pour la première fois, un traitement ou un contrôle médical permanent ; c'est le cas lorsque la nécessité du traitement ou du contrôle commence à se faire sentir et qu'il n'y a pas de contre-indication (ATF 133 V 303 consid. 7.2). On ne peut parler de nécessité du traitement ou du contrôle que si pour la première fois des signes du tableau clinique sont présents ou si des examens standards indiquent l'existence d'une infirmité congénitale (TF 9C_754/2009

du 12 mai 2010 consid. 2.2 ; cf. également Valterio, op. cit., n° 1540 p. 417). Le droit est ouvert dès le début du traitement même si le degré de gravité fixé par l'OIC n'était pas encore atteint à ce moment-là, pourvu qu'il l'ait été par la suite (ATF 120 V 89 consid. 3a et 3c ; cf. Valterio, op. cit., n° 1566 p. 424). Lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe à l'OIC est nécessaire, le droit prend naissance au début de l'application de cette mesure ; il s'étend à toutes les mesures médicales qui se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale (art. 2 al. 2 OIC). e) Dans sa teneur entre le 1er janvier 2010 et le 29 février 2012, la CMRM mentionnait ce qui suit sous ch. 280 : « Il faut admettre l'existence d'un reflux gastro-œsophagien congénital lorsque, chez un nourrisson qui vomit régulièrement après chaque repas depuis sa naissance, on diagnostique radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà du premier mois de la vie. » A la suite de modifications de la CMRM entrées en vigueur le 1er mars 2012, le ch. 280 de cette circulaire est désormais libellé de la manière suivante : « Il faut admettre l'existence d'un reflux gastro-œsophagien congénital lorsque, chez un nourrisson qui, dès sa naissance, vomit

- 13 - régulièrement et en abondance après les repas, on diagnostique radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà du premier mois de la vie et qu'un retard de croissance staturo-pondérale est médicalement attesté et documenté. » 4. a) La loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre (interprétation littérale). Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégageant de tous les éléments à considérer, soit notamment des travaux préparatoires (interprétation historique), du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique) ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales (interprétation systématique). Selon la jurisprudence, il n'y a lieu de déroger au sens littéral d'un texte clair par voie d'interprétation que lorsque des raisons objectives permettent de penser que ce texte ne restitue pas le sens véritable de la disposition en cause. De tels motifs peuvent découler des travaux préparatoires, du but et du sens de la disposition, ainsi que de la systématique de la loi. Le Tribunal fédéral ne privilégie aucune méthode d'interprétation, mais s'inspire d'un pluralisme pragmatique pour rechercher le sens véritable de la norme. Il ne se fonde sur la compréhension littérale du texte que s'il en découle sans ambiguïté une solution matériellement juste (ATF 137 IV 249 consid. 3.2 et 137 IV 180 consid. 3.4 et les références). b) 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 édictée par l'OFAS. 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. Elles ont notamment pour but d'éviter, dans la mesure du possible, que les caisses rendent 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

- 14 - 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. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 129 V 200 consid. 3.2, 127 V 57 consid. 3a, 126 V 64 consid. 4b et 126 V 421 consid. 5a et les références).

E. 5

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

E. 6

a) En l'espèce, l'OAI a refusé de prendre en charge les frais médicaux relatifs au reflux gastro-œsophagien de l'assurée, en estimant que les conditions du ch. 280 OIC n'étaient pas remplies, motif pris que les

- 15 - investigations en vue du diagnostic n'avaient débuté qu'à l'âge de deux mois et qu'il n'existait aucune preuve au dossier attestant de l'apparition des vomissements pendant la première semaine de vie. Pour sa part, la recourante estime que l'assurée a souffert de vomissements dès sa naissance de façon abondante et régulière. b) Il n'est pas contesté que l'assurée a présenté un reflux gastro-œsophagien ayant nécessité un traitement chirurgical. Il convient toutefois de déterminer si ce trouble est d'origine congénitale. aa) A ce propos, un jugement du TASS du 23 décembre 2008 (AI 275/2007 – 15/2008) mentionne ce qui suit, en référence à un courrier rédigé le 18 octobre 2007 par le Prof. H. _____ : « - depuis quelque temps, l'AI entre en matière sur la prise en charge d'un reflux gastro-œsophagien s'il s'agit « d'un reflux gastro-œsophagien présent chez un nourrisson qui vomit régulièrement à chaque repas depuis sa naissance et chez qui on diagnostique radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà des premiers mois de vie ». Cette interprétation extrêmement restrictive révèle une méconnaissance du problème du reflux gastro-œsophagien tel qu'on le connaît depuis une décennie environ. En effet, le reflux gastro-œsophagien peut parfois être dû à une anomalie anatomique comme la hernie hiatale, mais, le plus souvent, il constitue un trouble fonctionnel lié à une dysmotilité de l'œsophage. On admet actuellement qu'un grand nombre de nouveau-nés, et ce d'autant plus fréquemment s'ils sont prématurés, présente à

la naissance des troubles de la contraction œsophagienne soit sous forme d'absence complète de péristaltisme, soit sous forme de mouvements anormaux d'anti-péristaltisme. Ces troubles sont liés essentiellement à l'immaturation œsophagienne. Ils entraînent un reflux gastro-œsophagien qualifié de simple, qui, dans l'immense majorité des cas, disparaît avec la croissance de l'enfant au cours des premiers mois de vie. Ainsi, dans la plupart des cas de reflux gastro-œsophagiens du nourrisson, il est recommandé de ne procéder à aucune investigation et de traiter les sujets empiriquement par des stratégies de positionnement (position semi- assise), par l'épaississement des laits et par un traitement médicamenteux simple de reflux gastro-œsophagien; - chez environ 30% des enfants, les vomissements constituent un des symptômes du reflux gastro-œsophagien, mais ce trouble peut également se manifester notamment par des symptômes respiratoires;

- 16 - - si le reflux persiste au-delà d'un certain âge, on ne parle plus d'un reflux simple et il y a alors lieu de l'investiguer pour en comprendre les causes et proposer un traitement spécifique. Selon les sources de la littérature, cette limite d'âge est variable et se situe entre six mois et un an, mais parfois même plus tard, pour certains auteurs; - si un enfant présente au-delà d'un an une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien, telle que des vomissements, mais également des douleurs, des problèmes respiratoires (toux, bronchite spastique, pneumonie à répétition), il y a lieu de procéder à des investigations. A moins que l'enfant ne soit en danger, il n'est jamais proposé d'emblée de traitement chirurgical même si une hernie hiatale est présente. Un traitement conservateur de reflux gastro-œsophagien est toujours tenté pour une période de trois à six mois. L'indication à opérer n'est posée qu'après échec avéré du traitement conservateur ou récurrence de la symptomatologie à l'arrêt de celui-ci. » bb) Dans le cadre de la présente affaire, le Prof. H. _____ a clairement posé le diagnostic de reflux gastro-œsophagien congénital. Ces conclusions sont en outre confirmées par le Dr R. _____, ainsi que par la Prof. Q. _____. Quant au Dr M. _____, il ne donne aucun avis médical sur le reflux gastro-œsophagien en tant que tel, mais se contente d'affirmer qu'à défaut de preuve de son apparition dans la première semaine de vie de l'assurée, il convient de refuser la prise en charge des mesures médicales sous l'égide du ch. 280 OIC. Contrairement à ce que soutient le Dr M. _____, on ne saurait faire abstraction du fait que l'assurée a présenté les symptômes suivants depuis la naissance : des reflux, des douleurs abdominales périombilicales récurrentes, une alimentation sélective (refus des aliments gras, boissons gazeuses et certains aliments acides), des régurgitations nocturnes, une raucité de la voix, des otites et rhinites à répétition, des bronchites asthmatiformes, un foetor important, ainsi que des rots conséquents (cf. notamment le courrier du Prof. H. _____ au Dr R. _____ du 13 janvier 2014). De plus, le Dr R. _____ a précisé, à la suite de la demande de la recourante, que l'assurée avait présenté des problèmes de régurgitations depuis la naissance (cf. courrier du 23 décembre 2014). Il ressort également de la note interne de la recourante du 29 janvier 2015 relatant un entretien téléphonique avec la mère de l'assurée que sa fille avait présenté des vomissements en jets et de la toux, ce qui l'avait amenée à

- 17 - consulter le pédiatre avant le contrôle du premier mois. Ces explications ainsi que les pièces produites, à savoir un décompte de prestations relatif à une consultation auprès du Dr R. _____ le 23 décembre 2004, ainsi qu'une facture concernant des soins dispensés au Centre hospitalier universitaire X. _____ du 17 au 23 décembre 2004, rendent vraisemblable la présence d'une symptomatologie de reflux gastro- œsophagien dès la naissance. Par ailleurs, les examens pratiqués ont révélé à deux mois de vie un transit

montrant un reflux jusqu'au tiers proximal de l'œsophage, traité par Nestragel, Ulcogant et IPP. En 2007, le nouveau bilan a mis en évidence un reflux non acide, motivant la persistance du traitement médicamenteux. Depuis avril 2013, l'assurée est sous traitement d'Oméprazole, qui a permis une amélioration de la symptomatologie digestive.

L'impédancemétrie réalisée en décembre 2013 a montré un important reflux gastro-œsophagien acide et mixte avec une péjoration des symptômes lors de l'arrêt de l'Oméprazole. C'est dans ce contexte qu'une cure de reflux gastro-œsophagien a été organisée (cf. notamment le rapport de la Prof. Q. _____ du 10 février 2014). La symptomatologie étant déterminante pour déterminer l'existence d'une infirmité congénitale (cf. consid. 3 c supra), il y a lieu de suivre l'appréciation claire et cohérente du Dr H. _____, médecin spécialisé, qui atteste l'origine congénitale du reflux gastro-œsophagien de l'assurée (cf. son rapport à l'OAI du 1er mars 2014). c) L'OAI soutient qu'il faut interpréter le ch. 280 OIC à la lumière du ch. 280 CMRM qui admet l'existence d'un reflux gastro-œsophagien congénital lorsque le nourrisson présente des vomissements importants apparus quelques heures, maximum jours après la naissance. Cette condition serait cumulative. Toutefois, il ne ressort nullement des dispositions légales que des symptômes particuliers de la maladie doivent se manifester dès la naissance. En outre, si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant (cf. art. 1 al. 1 troisième phrase OIC). Ainsi, la date à laquelle le diagnostic de l'affection en cause est posé n'est en tout cas pas décisive. L'infirmité

- 18 - tombe donc également sous le coup de l'art. 13 LAI lorsqu'elle n'était pas reconnaissable à la naissance accomplie, mais que plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments présidant à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie. Il est ainsi possible, après coup, de dire que telle ou telle affection était en réalité présente depuis la naissance. En vertu de l'art. 2 al. 1 OIC, le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, ce qui implique que dites mesures ne sont pas nécessairement mises en œuvre dès la naissance. Or, en l'espèce, une opération a été nécessaire en raison d'un reflux gastro-œsophagien congénital. Le diagnostic n'est pas remis en cause, ni l'existence de l'opération. De ce seul fait, les conditions du ch. 280 OIC sont remplies. Les exigences de l'AI, à savoir notamment qu'il faut que l'enfant présente des vomissements importants dès sa naissance, sont dès lors contraires à la loi et à l'OIC. Contrairement à d'autres chiffres de l'OIC (ch. 282, 404, 451, 467, 495 et 498), le ch. 280 OIC n'impose pas que les symptômes essentiels qui caractérisent le reflux gastro-œsophagien apparaissent dans un laps de temps déterminé. La seule condition concerne la nécessité de l'opération. Si l'OFAS veut y ajouter des conditions supplémentaires, celles-ci doivent figurer dans l'ordonnance et non dans une simple circulaire, une ordonnance administrative ne pouvant pas priver les destinataires des droits qui découlent de la loi et des textes d'application conformes à ladite loi. d) En définitive, au vu des considérants qui précèdent, force est de reconnaître en l'occurrence l'existence d'un reflux gastro-œsophagien congénital ayant nécessité une opération, et ce même en l'absence de vomissements constatés dès le début de la vie. Ainsi, le droit à la prise en charge par l'OAI des mesures médicales relatives à ce trouble doit être reconnu à l'assurée.

E. 7

a) Il s'ensuit que le recours doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'OAI doit prendre en

- 19 - charge les frais des mesures médicales relatives au reflux gastro- œsophagien congénital d'A.J. _____. 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, dès lors qu'elle est une institution chargée de tâches publiques (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA ; ATF 128 V 124 consid. 5b).

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