

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 janvier 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dessaux et Berberat, juges
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

A.P. _____, à [...], recourante, représentée par ses parents, **B.P.** _____ et
C.P. _____, également à [...],

et

E. _____, à Vevey, intimé.

Art. 3 al. 2 LPGA; 13 LAI; 497 OIC

E n f a i t :

A. Le 18 avril 2013, les parents d'A.P. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], ont déposé une demande de prestations AI pour mineurs auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi de mesures médicales en raison d'une infirmité congénitale.

Dans un rapport du 6 juin 2013, le Dr V. _____, médecin adjoint et responsable de l'unité de néonatalogie aux N. _____ (ci-après : les N. _____), a retenu les diagnostics de prématuré de 33 semaines, PN [poids à la naissance] 2230 grammes et de wet-lung, posés le 15 avril 2013, d'ictère néonatal, posé le 18 avril 2013, et de communication interventriculaire/shunt G [gauche]-D [droit] modérément restrictif, posé le 25 avril 2013. Selon lui, il existait une infirmité congénitale selon le chiffre 497 OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales; RS 831.232.21). Il indiquait que l'assurée avait été hospitalisée du [...], date de son retour à domicile.

Selon la lettre de sortie du 10 juin 2013 des N. _____, une gazométrie effectuée trente minutes après l'accouchement avait permis d'observer chez l'assurée « une légère rétention du CO₂ avec un pH à 7.38, pCO₂ 6.7, sur respiration superficielle avec quelques gémissements intermittents », motivant la mise en place d'une CPAP [ventilation en pression positive continue] nasale à 45 min de vie. L'assurée a ensuite été transférée en néonatalogie avec des paramètres stables. Il ressort de la rubrique « résumé d'hospitalisation » notamment les éléments suivants :

« Status à l'entrée

[...]

Resp[iratoire] : FR 40/min, pas de signe de détresse respiratoire, MVS [murmure vésiculaire], pas de bruits surajoutés.

[...].

Evolution

Cardio-vasculaire

Auscultation d'un souffle cardiaque de 2/6 systolique, maximum au foyer d'Erb motivant une échographie le 24.4 montrant une petite

communication interventriculaire trabéculée apicale, à shunt G-D modérément restrictif, témoin d'une hypertension artérielle pulmonaire physiologique pour l'âge. Une prophylaxie de l'endocardite bactérienne sera indiquée en cas de nécessité. Un contrôle cardiologique est programmé dans 6 mois, soit le 10.10.2013.

Pulmonaire

Apparition d'un SDR [syndrome de détresse respiratoire] à 45 min de vie nécessitant un support ventilatoire non-invasif par CPAPn. La gazométrie montre une légère acidose respiratoire avec rétention de CO₂ à 6.7 k motivant la CPAPn. Bonne évolution sur le plan respiratoire avec sevrage de la CPAP après quelques heures. Nous concluons à un diagnostic de Wet Lung ».

Sur demande de l'OAI, le Dr V. _____ a précisé que la CPAP avait pu être sevrée à 4 heures de vie (cf. courrier réponse du 23 septembre 2013 à l'OAI).

L'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (ci-après : le SMR). Selon l'avis médical du 14 mars 2014, pour le Dr X. _____, médecin au SMR, il convenait de refuser la prise en charge de l'hospitalisation aux N. _____ sous couvert du ch. 497 OIC, car les symptômes ayant justifié le transfert de l'assurée avaient déjà disparu lors de son arrivée dans le service de néonatalogie. Le Dr X. _____ ne voyait pas quel autre chiffre de l'OIC évoquer. Il prenait note de la petite communication intraventriculaire et du contrôle cardiologique prévu à 6 mois et exposait que, sans annonce du service de cardiologie, il n'y avait pas lieu de retenir un chiffre OIC.

Par projet de décision du 21 mars 2014, l'OAI a rejeté la demande de prise en charge des mesures médicales en faveur de l'assurée, soit du séjour hospitalier du [...] dans le service de néonatalogie des N. _____. Il a estimé que les conditions de prise en charge de l'asphyxie à la naissance au sens du chiffre 497.1 de la CMRM (Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI) faisaient défaut, dès lors que l'état de l'assurée s'était normalisé suite à son transfert dans le service de néonatalogie et qu'aucun traitement n'avait plus été nécessaire.

Le 2 septembre 2014, par ses parents, l'assurée a contesté le projet de décision. Elle a exposé que selon le Dr V._____, l'hospitalisation avait été motivée par une détresse respiratoire survenant dans les premières 72 heures de vie nécessitant une prise en charge invasive (CPAPn = mode de ventilation) et que l'on pouvait déduire que l'issue n'aurait pas été aussi rapidement favorable sans cette mesure intensive.

Dans un rapport du 29 septembre 2014, le Dr V._____ a fait part des éléments suivants à l'OAI :

« [...] après revue intégrale du dossier, je constate

- Qu'un syndrome de détresse respiratoire (sévère trouble de la respiration) est bien parvenu durant les premières 72 heures de vie.
- Que des mesures intensives (ventilation non-invasive par CPAP nasale) étaient nécessaires et ont nécessité une hospitalisation dans l'unité de néonatalogie. On peut raisonnablement déduire que l'issue n'aurait pas été aussi rapidement favorable sans cette mesure intensive.

Notre rapport ne parle pas d'asphyxie mais bien de syndrome de détresse respiratoire. Aussi, aucune notion de temps ne figure dans la définition de l'OIC 497.

Par conséquent, j'estime que le refus de prise en charge des mesures médicales pour une infirmité congénitale reconnue (art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) n'est pas justifié et prie de réviser la décision ».

L'OAI a soumis ces éléments pour appréciation au Dr X._____, lequel s'est prononcé dans un avis médical du 6 novembre 2014 comme suit :

« L'avis médical SMR du 14.03.2014 se base sur le status à l'entrée dans le service de néonatalogie qui est normal, en particulier du point de vue respiratoire. Il est en effet précisé que la fréquence respiratoire est de 40/min (normes 20 à 40/min), pas de signes de détresse respiratoire, murmure vésiculaire, pas de bruits surajoutés.

Le SMR ne conteste pas le transfert en néonatalogie, mais constate que l'enfant était déjà asymptomatique à son arrivée dans ce service, il n'a donc nécessité que d'une surveillance et aucun soin intensif.

Je ne peux que confirmer l'avis SMR du 14.03.2014 ».

Par décision du 11 novembre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 mars 2014.

B. Par acte du 6 décembre 2014, par ses parents, A.P. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à sa réforme en ce sens que l'OAI est tenu de prendre en charge les frais occasionnés par le traitement du syndrome de détresse respiratoire présenté à sa naissance. En substance, elle a fait valoir que son état de santé avait justifié une prise en charge au service de néonatalogie avec un suivi médical constant et qu'elle avait dû y rester 15 jours jusqu'à ce que son état soit suffisamment stabilisé pour rentrer à domicile.

Dans sa réponse du 16 février 2015, l'intimé a préavisé le rejet du recours et la confirmation de sa décision du 11 novembre 2014.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance-invalidité, au titre de mesures médicales, des frais de traitement liés au trouble respiratoire présenté par l'assurée à sa naissance.

3. a) A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

Conformément à l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). 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). 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 OIC [ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales; RS 831.232.21] et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, 1^{ère} phrase, OIC).

b) Cette liste repose sur une délégation du législateur au Conseil fédéral (art. 13 al. 2 LAI). 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 disposait 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; TFA I 544/97 du 14 janvier 1999 consid. 2b et les références, in Pratique 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; TF 9C_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.2 et les références citées).

c) Selon la jurisprudence, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales et visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels est 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. 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 celle-ci. Le Tribunal fédéral en contrôle librement la légalité et doit s'en écarter dans la mesure où elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (ATF 133 V 587 consid. 6.1 p. 591; 133 V 257 consid. 3.2 et les références; cf. ATF 133 II 305 consid. 8.1).

d) La liste des infirmités congénitales annexée à l'OIC inclut à son chiffre 497 les « sévères troubles respiratoires d'adaptation (par exemple : asphyxie, syndrome de détresse respiratoire, apnée), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire ».

Selon les chiffres 495, 497-499 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), les termes « graves », respectivement « sévères », au sens de ces chiffres impliquent la nécessité de mesures médicales spéciales (par 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). Aux termes de ces chiffres, un traitement est considéré comme intensif lorsque les frais normaux de séjour d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire lorsque, par exemple, des mesures particulièrement onéreuses telles que surveillance permanente par appareils, contrôles et soins médicaux particulièrement fréquents, etc., sont nécessaires. 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. L'exemple suivant est cité : lorsqu'il existe un haut risque d'apnée, en relation avec le ch. 497 OIC, l'assurance-invalidité peut prendre en charge d'autres mesures (y compris monitoring à la maison pour le contrôle de la respiration).

Selon le chiffre 497.1 CMRM, 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 s'impose. Si l'état du sujet se normalise à la suite de ce transfert et qu'aucun traitement n'est plus nécessaire, on ne saurait parler d'un trouble d'adaptation respiratoire sévère.

Selon le chiffre 497.2 CMRM relatif aux insuffisances respiratoires du nouveau-né (hypoxie), tous les syndromes de détresse respiratoire (SDR) du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie peuvent être admis sous le chiffre 497 OIC, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie.

4. En l'espèce, la décision attaquée est fondée sur le chiffre 497.1 CMRM. En reprenant l'argumentation du Dr X._____, médecin au SMR, selon lequel la fréquence respiratoire à l'arrivée au service de néonatalogie était dans la norme, l'assurée étant ainsi déjà asymptomatique à son arrivée dans ce service et n'ayant nécessité qu'une surveillance et aucun soin intensif dans ce service, l'intimé a exclu à juste titre l'application de l'art. 497 OIC. Il est vrai que la gazométrie pratiquée après la naissance révélait une légère acidose respiratoire avec rétention

de CO2 motivant la mise en place d'une CPAP nasale. Le chiffre 497.1 CMRM exclut toutefois que le critère de gravité ou de sévérité posé par l'art. 497 OIC soit rempli lorsque l'état du patient s'est normalisé à la suite du transfert dans un service de néonatalogie, sans que la poursuite d'un traitement dans ce service s'avère nécessaire. Il n'y a pas de motif de s'écarter de cette directive administrative, qui reste inscrite dans le cadre légal de l'art. 497 OIC. Dans ces conditions, il appartient à l'assurance-maladie, non à l'assurance-invalidité, de prendre en charge les frais d'hospitalisation litigieux aux conditions posées par la LAMal.

5. a) Il s'ensuit que 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de la recourante, qui succombe.

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause et ayant agi sans le concours d'un mandataire professionnel (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 11 novembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- B.P._____ et C.P._____ (pour A.P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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 :