

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3948/2006

ATAS/537/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 21 mai 2007

En la cause

HELSANA ASSURANCES SA, Service juridique romand sis
chemin de la Colline 12, LAUSANNE

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimés

et

Enfant U _____, soit pour elle ses parents, Madame
U _____ et Monsieur U _____, domiciliés, GENEVE

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Luis ARIAS et Teresa SOARES, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. L'enfant U _____ (ci-après: l'assurée), est née le 2005 à 23h57 à la maternité de Genève. Ses parents, soit Madame U _____ et Monsieur U _____, l'ont assurée, notamment pour l'assurance de base, auprès d'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après: l'assureur maladie).
2. Le 28 décembre 2005 les parents de l'assurée ont déposé une demande de prestations AI pour des mesures médicales auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après: OCAI) indiquant une infirmité congénitale due à un syndrome de détresse respiratoire.
3. Sur demande de l'OCAI, le Dr A _____, endocrinologue, de "établissement hospitalier", a rempli un rapport médical le 28 juillet 2006, complétant ainsi un rapport du département de Pédiatrie, Service de Néonatalogie et de Soins intensifs du même jour. Il découle du rapport du Dr A _____ qu'à l'accouchement, l'intéressée s'est présentée en position de siège rendant ainsi une extraction et une manœuvre de MAURICENE nécessaires. A la naissance, l'assurée était atteinte d'une hypoxie et asphyxie périnatale, un arrêt cardio-respiratoire périnatal, une dilatation pyélocalicielle gauche ainsi que d'une fracture de la clavicule gauche. Selon ce médecin, l'état de santé de l'assurée relevait de deux infirmités congénitales listées dans l'ordonnance concernant des infirmités congénitales du 9 décembre 1985 (ci-après: OIC), soit les chiffres 497 et 344. Des ultrasons cérébraux, rénaux et de la hanche ont été pratiqués dans les jours qui ont suivi la naissance. Pour l'anamnèse, il renvoyait à la feuille de naissance annexée. Il ressort de celle-ci que l'assurée est née avec un indice d'adaptation immédiate et réanimation (APGAR) de zéro sur dix. A cinq minutes de vie, il s'élevait à trois sur dix, mais le score afférent à la respiration demeurait encore nul. Ce n'est qu'à dix minutes de vie que l'indice totalisait huit sur dix, dont celui de la respiration qui s'élevait à deux. Dès sa naissance, l'assurée a été directement prise en charge par les pédiatres en raison de sa mauvaise adaptation. Le rapport du Service de Néonatalogie du même jour, confirme les diagnostics posés par le Dr A _____. Il précise en outre qu'à l'accouchement, l'assurée présentait d'emblée un arrêt cardio-respiratoire. Elle a dû être intubée et du sang a été aspiré; une extubation immédiate s'en est suivie. L'activité cardiaque a été provoquée par une ventilation de 30 secondes suivie d'un massage de 30 secondes. Le rythme cardiaque initialement à 80/min s'est rapidement élevé à plus de 100 par minute. Une voie veineuse périphérique a été installée et l'intéressée transférée à l'Unité des soins intensifs "par manque de place en néonatalogie". Par la suite, l'évolution a été favorable. En effet, au lendemain de son admission, le 28 décembre 2005, l'assurée est sortie de l'Unité des soins intensifs. Au niveau pulmonaire, le rapport de sortie fait état d'une respiration à l'air ambiant et de l'absence d'un syndrome de détresse respiratoire.

4. Se fondant sur ces rapports médicaux, l'OCAI Genève a rendu un projet de décision le 3 août 2006, refusant les mesures médicales requises au motif que les conditions d'une prise en charge de mesures médicales découlant de l'OIC n'étaient pas remplies.
5. Le 30 août 2006, l'assureur maladie a contesté le bien-fondé du projet de décision cité. Selon lui, les rapports médicaux en question démontraient au contraire que les conditions d'un syndrome de détresse respiratoire au sens de l'OIC 497 étaient remplies. L'assureur maladie s'est notamment référé à la pratique administrative consacrée aux chiffres 495 à 497.2 de la Circulaire de l'office fédéral des assurances sociales concernant les mesures médicales de réadaptation de l'AI, valable dès le 1^{er} novembre 2005 (ci-après: CMRM).
6. Suite à l'opposition de l'assureur maladie, l'OCAI a requis l'avis du Dr B _____, médecin du Service médical régional de la Suisse romande (ci-après: SMR). Dans son avis rendu le 11 septembre 2006, ce dernier explique que le problème respiratoire de l'assurée doit être analysé en deux temps. En salle d'accouchement d'abord, l'extraction s'est avérée difficile dans le cadre d'une souffrance fœtale aiguë. L'assurée est née en mort apparente avec un indice de l'adaptation immédiate et réanimation (APGAR) de zéro. Une asphyxie natale sévère a nécessité une ventilation au masque avec de l'oxygène et massage cardiaque. Cependant, à dix minutes de vie, l'assurée a respiré de manière spontanée sans aucune aide. Aux soins intensifs, la respiration a continué de manière normale, sans le moindre signe de détresse respiratoire. A cet égard, le rapport de l'Unité des soins intensifs du 28 juillet 2006 indique: "Pas de syndrome de détresse respiratoire et respiration à l'air ambiant". Le médecin a conclu que la situation de l'intéressée correspondait strictement au chiffre 497.1 de la CMRM car la suite de traitement à l'Unité des soins intensifs ne correspondait pas à des mesures médicales de nature respiratoire.
7. Par décision du 25 septembre 2006, notifiée à l'assurée et à l'assurance-maladie, l'OCAI a confirmé le refus de prise en charge de mesures médicales afférentes au problème respiratoire, motif pris que seule l'atteinte détectée dans les 72 heures de vie nécessitant un traitement intensif en établissement hospitalier était pris en charge. D'après le dossier médical, le status respiratoire était normal sans le moindre signe de syndrome de détresse respiratoire.
8. L'assureur maladie a dès lors requis l'avis de son médecin-conseil, le Dr C _____. Ce dernier a confirmé que sur la base du dossier de l'intéressée, les conditions d'une prise en charge du problème respiratoire (OIC 497) étaient remplies car une intubation, acte inhabituel, avait été nécessaire. De plus, l'enfant avait été transférée à l'Unité des soins intensifs, lieu exceptionnel pour un nouveau-né.

-
9. Par acte du 25 octobre 2006, l'assureur maladie interjette un recours contre la décision du 25 septembre 2006 devant le Tribunal de céans, concluant à la prise en charge par l'OCAI des mesures médicales afférentes au problème respiratoire. Il fait valoir qu'aux termes des chiffres 495ss et, singulièrement du chiffre 497.2 de la CMRM, les frais d'intervention relatifs à l'hypoxie de l'intéressée survenue 72 heures suivant sa naissance, doivent être à la charge de l'AI. En effet, selon le chiffre 497 de l'annexe à l'OIC est considérée infirmité congénitale le syndrome de détresse respiratoire, étant précisé qu'il s'agit de "sévères troubles respiratoires d'adaptation (par exemple asphyxie, syndrome de détresse respiratoire, apnée), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de vie et qu'un traitement intensif est nécessaire". Il explique qu'il faut entendre par "graves" (sévères), la nécessité de mesures médicales spéciales (p.ex. le traitement dans l'unité de soins intensifs d'une maternité ou d'une clinique infantile après accouchement à l'hôpital). En outre, aux termes de ces chiffres, un traitement doit être considéré comme intensif lorsque les frais normaux de séjour d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire lorsque, p.ex., des mesures particulièrement onéreuses telles que surveillance permanente par appareils, contrôles et soins médicaux particulièrement fréquents, etc. sont nécessaires. Il allègue que les conditions sont réunies dans le cas d'espèce comme l'attestent les rapports du Dr A_____ (diagnostic et référence expresse au chiffre 497 OIC) ainsi que celui du Département de Pédiatrie, service de Néonatalogie et de Soins intensifs (hypoxie périnatale, intubation pour aspiration, ventilation durant 30 secondes, puis transfert dans l'unité des soins intensifs par manque de place en néonatalogie). De plus, le montant de la facture pour l'hospitalisation aux soins intensifs de l'intéressée, soit 5'700 fr. dépasse largement les frais normaux liés à un accouchement, attestant ainsi que des soins intensifs ont été prodigués.
10. Par courriers des 30 octobre et 6 novembre 2006 le Tribunal de céans a communiqué cette écriture à l'intimé et à l'intéressée et fixé un délai à chacun d'eux pour former leurs conclusions.
11. L'assurée n'a pas formé d'observations.
12. Dans sa réponse du 21 novembre 2006, l'intimé conclut au rejet du recours. L'office se réfère au chiffre 497.1 de la CMRM selon lequel, 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. 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.
13. Par réplique du 22 décembre 2006, l'assureur maladie a persisté dans ses conclusions. Il relève que son médecin-conseil ainsi que le Dr A_____ qui
-

avait expressément mentionné l'OIC 497 dans son rapport médical, abondaient également dans ce sens.

14. L'assurée a renoncé à dupliquer.
15. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Ledit Tribunal est en outre compétent *rationae loci* en vertu de l'art. 58 de la LPGA, dès lors que l'intéressée et l'intimé, sont sis, respectivement, domiciliée à Genève.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. En outre, en sa qualité d'assureur maladie de l'intéressée, la recourante est concernée par la décision querellée et a dès lors qualité pour agir (art. 59 LPGA).
3. Le 1^{er} juillet 2006, est entrée en vigueur la nouvelle relative aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptée le 16 décembre 2005. Celle-ci a eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assureur maladie un projet de décision en date du 3 août 2006, confirmé par décision du 25 septembre 2006, contre laquelle ce dernier a interjeté recours devant le Tribunal de céans.

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).

4. L'objet du litige consiste à déterminer si l'assurée souffre d'une infirmité congénitale ouvrant droit à des mesures médicales de l'assurance-invalidité.
5. a) Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, 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. Selon l'art. 3 al. 2

LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

b) L'art. 13 al. 2 LAI précise que le Conseil fédéral établira une liste des infirmités congénitales pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes. La liste des infirmités congénitales prévue par cette disposition fait l'objet d'une ordonnance spéciale (art. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Selon cette ordonnance, soit l'OIC, 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 1^{ère} phrase OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2 1^{ère} phrase OIC). Le Département fédéral de l'intérieur peut également qualifier d'infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités congénitales évidentes qui ne figurent pas dans cette liste (art 1 al. 2 2^{ème} phrase OIC).

c) Sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Le droit à de telles mesures existe - contrairement au droit prévu par la disposition générale de l'art. 12 LAI - indépendamment de la possibilité d'une future réadaptation dans la vie professionnelle (art. 8 al. 2 LAI).

d) Le chiffre 497 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale le syndrome de détresse respiratoire. Aux termes de ce chiffre, il s'agit de "sévères troubles respiratoires d'adaptation (par exemple asphyxie, syndrome de détresse respiratoire, apnée), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de vie et qu'un traitement intensif est nécessaire".

6. Selon la pratique administrative, consacrée dans la CMRM, sont considérés 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). Aux termes de ces chiffres, un traitement est considéré comme intensif lorsque des frais normaux de séjour d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire lorsque, p.ex., des mesures particulièrement onéreuses telles que la surveillance permanente par appareils, contrôles et soins médicaux particulièrement fréquents, etc., 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 (cf. note marginale 495, 497 - 499 1/05 de la CMRM).

Cette circulaire précise en outre que l'asphyxie à la naissance peut être prise en charge dans le cadre du ch. 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 (497. 1 CMRM).

Toujours à teneur de cette même circulaire (497.2 CMRM), les insuffisances respiratoires du nouveau-né (hypoxie) recouvrent tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie.

La CMRM semble ainsi poser des exigences différentes selon qu'il s'agit d'une asphyxie à la naissance ou d'une hypoxie. Il n'y a pas lieu ici de se pencher sur la question de savoir si les exigences sont plus strictes pour l'hypoxie que pour l'asphyxie à la naissance dès lors que, d'une part, l'assurée était atteinte des deux diagnostics et que, d'autre part, les deux atteintes exigent qu'un traitement soit effectué en néonatalogie, soit dans un service spécialisé dans une prise en charge aux nouveau-nés. Cela est d'ailleurs confirmé par les notes marginales afférentes aux chiffres 495, 497-499 de l'OIC, qui évoquent expressément qu'un transfert à titre préventif dans une division hospitalière de néonatalogie ne suffit pas pour justifier une infirmité congénitale.

A ce propos, il sied de relever que les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative; 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 205 consid. 3.2, 127 V 61 consid. 3a, 126 V 68 consid. 4b, 427 consid. 5a et les références).

Or, la pratique discutée ne prête 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 du nouveau-né nécessitant des soins continus au-delà de sa sortie de la salle d'accouchement relève du même ordre d'idées. En conséquence, la pratique litigieuse selon laquelle un traitement est encore nécessaire en néonatalogie apparaît conforme à la loi.

7. De l'avis la recourante, les complications néonatales de l'assurée doivent être prises en charge car l'atteinte sévère s'est manifestée dans les 72 heures dès la naissance, une intubation a été nécessaire, l'intéressée a été transférée aux soins intensifs et les frais de séjour dépassent largement les frais habituels d'une accouchée.

Le Tribunal de céans retiendra au préalable que l'intéressée présentait des atteintes en la forme d'une asphyxie et/ou d'une hypoxie. A sa naissance, son état de santé était on ne peut plus grave. Née en mort apparente, son score APGAR était nul. Au moment de la naissance, tous les rapports médicaux font état d'un syndrome de détresse respiratoire. Une intubation - acte inhabituel dans le cadre d'un accouchement - a été nécessaire pour réanimer l'intéressée. Bien qu'à dix minutes de sa vie, elle totalise un score APGAR de huit sur dix, les médecins ont préconisé un transfert en néonatalogie. En raison d'un manque de place dans ledit service, l'assurée a été accueillie à l'Unité des soins intensifs.

Il est ainsi incontesté que l'état de santé initial de l'intéressée était grave. Or, comme mentionné ci-dessus, la pratique administrative exige au surplus un traitement en néonatalogie.

En l'occurrence, il ressort du dossier médical de l'intéressée que son état respiratoire n'était pas véritablement critique immédiatement avant le transfert à l'Unité de soins intensifs. Ce transfert poursuivait ainsi principalement un but préventif. Il s'agissait d'assurer une surveillance accrue pour pouvoir dispenser, le cas échéant, des soins continus, voire intensifs. Or, les rapports médicaux de l'Unité des soins intensifs ne font pas état de tels traitements. Ils confirment au contraire que l'état de santé n'a nécessité aucune mesure spéciale: "respiration à l'air ambiant, pas de syndrome de détresse respiratoire" raison probablement pour laquelle le séjour dans l'Unité citée n'a duré qu'un jour. A cet égard, le critère économique (mesures particulièrement onéreuses, facture de 5'700 fr.) n'est pas susceptible - à lui seul - de changer l'appréciation du cas.

8. Le recours, mal fondé, est dès lors rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Le déclare recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de HELSANA ASSURANCES SA.
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); 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.

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Marta TRIGO TRINDADE
LAURIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le