

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juillet 2011

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :       Mme Di Ferro Demierre et M. Bonard, assesseur  
Greffier       :       M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**VISANA**, à Berne, recourante,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 3 al. 2 LPGA; 13 LAI; ch. 497 de l'annexe à l'OIC**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré) est né le 7 février 2008 à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_. Ses parents ont conclu en sa faveur l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10) auprès de Visana depuis le 1<sup>er</sup> février 2008.

Selon le bref avis de sortie du 8 février 2008 de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_, l'assuré y a séjourné jusqu'au 8 février 2008, avant d'être transféré en néonatalogie à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_. Les diagnostics posés dans l'avis de sortie précité étaient ceux d'apnées centrales avec désaturations (max. 50%) et de cyanose d'origine indéterminée. Il y était encore précisé qu'en dehors des apnées et cyanoses, le status clinique était sans problème.

Le 28 octobre 2008, l'assuré, par son père, a présenté auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI pour assurés de moins de 20 ans révolus, tendant à l'octroi de mesures médicales. Sous la rubrique «précisions sur le genre de l'atteinte», il était indiqué «affection néonatale + Hôpital U.\_\_\_\_\_».

Dans son rapport du 18 novembre 2008, la Dresse H.\_\_\_\_\_ de la Division de néonatalogie de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_, pédiatre FMH au bénéfice d'une formation approfondie en néonatalogie, a indiqué que l'enfant avait séjourné auprès de cette division du 8 au 18 février 2008, date de son transfert à la maternité de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_. Elle posait les diagnostics suivants:

**«Immaturité du tronc cérébral avec syndrome bradyapnéique sévère**

Nouveau-né à terme de 37 à 42 SG

Poids de naissance  $\geq$  2500 g

Naissance gémellaire: Jumeau I

Suspicion d'infection néonatale (hémoculture négative)

Testicule à l'orifice inguinal à D avec hernie inguinale D

**OIC principal:** 497  
**complémentaires:** 356»

La Dresse H.\_\_\_\_\_ a en outre noté ce qui suit sous la rubrique «rappel anamnestique» de son rapport médical du 18 novembre 2008:

«Evolution: Bonne adaptation à C.\_\_\_\_\_. Transfert en Néonatalogie à 36h de vie pour des apnées centrales avec désaturations et suspicion d'infection néonatale.»

Ce rapport mentionnait encore ce qui suit sous la rubrique «Discussion et évolution»:

«Durant son séjour en Néonatalogie, L.\_\_\_\_\_ a présenté les problèmes suivants:

- **Nouveau-né à terme de 37 semaines 1/7, PN 2731 g, Naissance gémellaire:** L.\_\_\_\_\_ est gardé à jeun lors de son arrivée à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ avec début d'une perfusion par Glucose et Vamine 7%. L'alimentation entérale par biberon est débutée le 10.2, suivie d'une désaturation de 90-92% avec, au status neurologique, un réflexe de protection des voies aériennes supérieures faible, raison pour laquelle on décide de stopper l'alimentation per os. Elle est reprise le 14.2 sans complication. La perfusion est sevrée le 14.2. L.\_\_\_\_\_ reprend son poids de naissance au moment de la sortie à J11. En raison de l'hospitalisation de la mère pour une décompensation cardiaque, l'enfant est nourri par Beba HA start. Il est transféré à la Maternité auprès de son frère en attendant que leur mère se rétablisse.
- **Immaturité du tronc cérébral:** A C.\_\_\_\_\_, le père observe lors du 1er biberon une cyanose qui se répète par la suite, raison pour laquelle l'enfant est hospitalisé pour investigations le 8.2. Lors de l'hospitalisation à C.\_\_\_\_\_, on observe des apnées centrales à répétition, raison pour laquelle l'enfant est transféré le soir même à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_. Dès son arrivée et jusqu'au 12.2, on observe des désaturations (min 50%) sur apnées centrales nécessitant une stimulation. Les bilans infectieux de C.\_\_\_\_\_ et de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ ne montrent pas d'infection (pas de mouvement biologique, hémocultures stériles, échec d'une ponction lombaire à 3 reprises, PCR herpès dans les frottis bouche, nez, anus, pli inguinal négative) et pas de signe d'une maladie métabolique (gazométrie, glucose, ammonium normaux). Le status neurologique frappe par un gag-reflex initialement faible, sinon il est sans particularité. Un US cérébral à J2 et J4 ne montre pas de particularité. Un CFM est posé à son arrivée et ne montre pas de signe de convulsions, confirmé par un EEG le 11.2 qui est normal. Les neuropédiatres mettent en

question le diagnostic différentiel d'un syndrome de Joubert au vu des apnées centrales avec une respiration parfois périodique. Les PEA, recommandés comme évaluation indirecte de la fonction du tronc cérébral, sont normaux le 15.2. Au vu de l'évolution favorable sans désaturation stimulée depuis le 12.2 et d'une alimentation au biberon sans problème, on retient le diagnostic d'une immaturité du tronc cérébral spontanément résolutive.

- **Suspicion d'infection néonatale (hémoculture négative):** Au vu des apnées centrales avec désaturations inexpliquées, l'enfant est mis sous antibiothérapie de Clamoxyl, Garamycine et Zovirax pendant 3 jours jusqu'à l'arrivée des cultures stériles et d'une PCR herpès négative sur les frottis du corps. Une ponction lombaire avait échoué à 3 reprises. On n'observe pas d'autre signe clinique d'une infection, il n'y a pas de mouvement biologique. Une origine infectieuse reste donc peu probable.
- **Hernie inguinale D:** Apparition d'une hernie inguinale droite. Sur l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_, chirurgien pédiatre, une cure de hernie et orchidopexie pour la rétention testiculaire à droite seront réalisées. Un rendez-vous est prévu en ambulatoire chez le Dr X. \_\_\_\_\_ à l'Hôpital K. \_\_\_\_\_ le 17.3.»

Par avis médical du 9 février 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_, pédiatre FMH au bénéfice d'une formation approfondie en néonatalogie, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a relevé ce qui suit:

«[...]

**Rapport du 18.11.2008, signé par la Dresse H. \_\_\_\_\_ (indexé au 08.01.2009):** nouveau-né à terme, présentant des problèmes respiratoires sous forme d'apnée. Il est suspecté des malformations du tronc cérébral évoquant des apnées d'origine centrale. Le diagnostic reste immaturité du tronc cérébral. L'immaturité n'est pas une maladie congénitale. Par ailleurs, il n'y a pas de mesure médicale intensive au sens du chiffre OIC 497. Les stimulations pendant les périodes de saturation ne correspondent pas à la définition d'une mesure intensive. Dès lors, il n'est pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 497. Ce cas n'est donc pas à charge AI.»

Dans un projet de décision du 20 février 2009, dont copie a également été adressée à l'assurance-maladie Visana, l'OAI a rejeté la demande de prestations avec la motivation suivante:

«Le rapport médical établi par la division de Néonatalogie ne décrit pas l'existence d'une atteinte à la santé satisfaisant aux exigences de l'un ou l'autre des chiffres de l'annexe OIC. En particulier le chiffre 497 annexe OIC, cité par le médecin, n'entre pas en considération. Ce chiffre permet de prendre en charge le

traitement des sévères troubles respiratoires d'adaptation, lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'ils nécessitent un traitement intensif.

Par traitement intensif, l'AI entend des mesures particulièrement onéreuses, telle que surveillance permanente par appareils, soins et contrôles médicaux particulièrement fréquents.

Or tel n'a pas été le cas selon le rapport médical en notre possession.

Une intervention financière de notre assurance en application de l'art. 13 LAI est exclue.»

Selon l'appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH et médecin-conseil de Visana, du 24 mars 2009, l'existence d'un cas de 497 OIC était donnée sans le moindre doute. Ce médecin relevait ce qui suit:

«Appréciation:

A cause de phases répétées de cyanoses, le nouveau-né a été transféré de l'hôpital de C.\_\_\_\_\_ en néonatalogie à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_. Là, des phases d'apnées centrales ont été constatées entraînant des chutes de la saturation en oxygène jusqu'à un minimum de 50% (valeur normale 92-98%). Ces graves chutes de la saturation en oxygène ont nécessité une surveillance intensive et une stimulation respiratoire dans la division de néonatalogie. La sécurité n'aurait pas été assurée dans une simple maternité. Là aussi se trouve la raison du transfert à l'hôpital central qu'est l'Hôpital W.\_\_\_\_\_.

Avec ce bref résumé de l'anamnèse et des résultats d'analyse, on constate que les conditions d'application du ch. 497 OIC sont remplies:

- Présence d'un sévère trouble respiratoire d'adaptation
- Manifestation au cours des 72 premières heures de vie
- Traitement et observation intensifs en néonatalogie de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_

La motivation sommaire du Dr Z.\_\_\_\_\_ justifiant le rejet de la demande se trouve en contradiction claire avec le paragraphe 497.2 de la CMRM 2009: «tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie peuvent être admis sous ch. 497 OIC, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie.»

Dans ses observations du 6 avril 2009 relatives au projet de décision du 20 février 2009, Visana s'est référée au rapport de son médecin-conseil, faisant valoir que les conditions du ch. 497 OIC étaient remplies, si bien qu'elle ne pouvait se rallier au projet de décision.

Dans un avis médical du 7 mai 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit:

### **«Avis médical sur audition**

**Rapport médical du 18.11.2008, signé par la Dresse H.\_\_\_\_\_**: il s'agit d'un nouveau-né à terme de bon poids de naissance, qui est une naissance gémellaire par césarienne. Il naît en premier. Pas de trouble de l'adaptation. Après 1 jour et demi de vie, est transféré à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ pour suspicion d'affection néonatale et des apnées avec désaturation.

Ce rapport nous apprend que les cyanoses sont en lien avec les repas. Il est décrit des apnées centrales de plus en plus fréquentes. Ces apnées nécessitent une stimulation. Par stimulation, on entend un contact physique de l'infirmière vers l'enfant. Recherches de causes graves d'apnée, en particulier infectieuses, sont exclues. Le réflexe de protection des voies aériennes n'est pas très bon.

L'ensemble des examens ne permet pas d'établir une cause étiologique de ces apnées. Très rapidement, elles disparaissent. Vraisemblablement, il s'agit d'un phénomène transitoire lié à soit un problème central comme évoqué dans le rapport, mais également à un problème du carrefour oropharyngé.

**En droit**: le chiffre OIC 497 fait référence à de sévères troubles respiratoires d'adaptation (par ex. apnées).

Or, il se pose la question de la notion de sévérité. L'enfant est transféré non pas pour des apnées, mais en raison du risque d'infection néonatale dont elles peuvent être le signe.

Pour un néonatalogue averti, une apnée sévère est une apnée qui nécessite un traitement spécifique, soit médicamenteux (caféine), soit mécanique (C-PAP). Dans les autres cas, ce sont des apnées secondaires à d'éventuelles pathologies, comme dans le cas d'espèce.

L'avis de la VISANA et du Dr J.\_\_\_\_\_ est assez particulier. En effet, des apnées présentes sont souvent associées à des désaturations. Peu importe d'ailleurs le degré de désaturation.

Or, en termes de surveillance intensive, une apnée ne nécessite pas la présence constante d'une infirmière ou d'un appareillage très sophistiqué.

D'autre part, il ne s'agit pas de justifier le transfert à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_. Ce fait appartient au médecin traitant et non pas au médecin d'assurance.

D'autre part, il y a confusion entre apnées et syndrome de détresse respiratoire. Il ne s'agit pas de même chose, mais cela fait partie des connaissances de base de la néonatalogie.

Dès lors et en conclusion, les conditions du chiffre OIC 497 ne sont pas remplies, car la vraisemblance prépondérante d'une situation grave n'est pas démontrée. Dès lors, il n'est pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 497.

En ce qui concerne le chiffre OIC 382, il s'agit de vraies apnées d'origine centrale démontrées, or dans ce cas, tous les examens l'excluent. Il s'agit d'une suspicion non confirmée d'apnées d'origine centrale. Dès lors, le chiffre OIC 382 ne s'applique pas. Pour mémoire, ce chiffre peut s'appliquer dans des situations tout à fait particulières telles que le syndrome d'Ondine.»

Le 6 juillet 2009, l'OAI a rendu la décision suivante, confirmant son projet de décision du 20 février 2009:

«En date du 6 avril 2009, la caisse-maladie Visana a contesté le projet de décision du 20 février 2009, par lequel nous refusons la prise en charge de l'hospitalisation du 8 au 18 février 2008 dans la Division de Néonatalogie [de l'] Hôpital W.\_\_\_\_\_.

Le médecin-conseil de la caisse-maladie se fonde sur le rapport du 8 janvier 2009 [réd. recte: 18 novembre 2008] de la Néonatalogie pour conclure que le refus de l'hospitalisation précitée contrevient au chiffre 497.2 CMRM.

Les assurés âgés de moins de 20 ans ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement d'infirmités congénitales reconnues (art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité (LAI)). Ces affections sont mentionnées de façon exhaustive dans la liste annexée à l'ordonnance y relative.

Le chiffre 497 annexe OIC permet la prise en charge des sévères troubles respiratoires d'adaptation (par exemple: asphyxie, apnée, syndrome de détresse respiratoire) lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire.

«Graves» au sens de ce chiffre implique la nécessité de mesures médicales 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 ce chiffre, un traitement est 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. 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 (ch. 495, 497-499 CMRM).

Le chiffre 497.2 CMRM cité par le médecin-conseil de la caisse-maladie a la teneur suivante:

«497 2 Insuffisances respiratoires du nouveau-né (hypoxie): tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie peuvent être admis sous le ch. 497 OIC, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie».

Selon le rapport médical établi le 8 janvier 2009 [réd. recte: 18 novembre 2008] par la division de Néonatalogie, le transfert à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ est demandé pour des apnées centrales avec désaturations et suspicion d'infection néonatale. L'Hôpital W.\_\_\_\_\_ observe des désaturations (min. 50%) sur apnées centrales nécessitant une stimulation.

Le Service médical régional précise, dans son avis du 7 mai 2009, qu'une apnée sévère est une apnée qui nécessite un traitement spécifique, soit médicamenteux (caféine) soit mécanique (C-PAP), que, par stimulation, il faut entendre un contact physique de l'infirmière vers l'enfant et que, en termes de surveillance intensive, une apnée ne nécessite pas la présence constante d'une infirmière ou un appareillage très sophistiqué.

Le rapport médical précité ne décrit pas la mise en oeuvre d'un traitement à la caféine ou la mise sous CPAP.  
Nous ne pouvons que maintenir le refus des mesures médicales.  
Notre décision est par conséquent la suivante:  
La demande est rejetée.»

**B.** Par acte du 17 août 2009, Visana a recouru contre la décision du 6 juillet 2009, en concluant avec suite de frais à son annulation et à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de prendre en charge les frais d'hospitalisation de l'enfant L. \_\_\_\_\_ du 8 au 18 février 2008. En substance, elle fait valoir que les conditions du ch. 497 de l'annexe à l'OIC sont remplies, si bien que l'office intimé aurait dû accepter de prendre en charge les frais d'hospitalisation à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_. Dans un deuxième moyen, elle fait valoir que l'intimé, en refusant de prêter au motif que les conditions posées par la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) - ou l'interprétation qu'en fait le Dr Z. \_\_\_\_\_ - ne seraient pas remplies, a violé le droit, les conditions de la CMRM allant au-delà de ce que prévoient la LAI et l'OIC. Dans un dernier moyen, elle relève que les conditions posées par la CMRM sont également satisfaites. Elle produit un onglet de pièces sous bordereau, lequel comprend notamment un rapport médical du Dr J. \_\_\_\_\_ du 4 août 2009, à la teneur suivante:

«Prise de position relative à la motivation médicale de la décision de l'AI

**Appréciation:**

En ce qui concerne l'argumentation du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, il y a lieu de relever en particulier ce qui suit:

- Dans le rapport de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ relatif à l'hospitalisation de L. \_\_\_\_\_, il est écrit en toutes lettres dans la partie intitulée «Discussion et évolution» que l'«... on observe des apnées centrales à répétition, raison pour laquelle l'enfant est transféré à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_». On ne sait ainsi pas sur quoi se base l'affirmation du Dr Z. \_\_\_\_\_ selon laquelle le nouveau-né aurait été transféré à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ à cause d'une infection néonatale et non des phases d'apnée qui nous occupent ici.
- L'affirmation du Dr Z. \_\_\_\_\_ selon laquelle il faut distinguer médicalement les apnées des syndromes de détresse respiratoire n'est absolument pas contestée. Le médecin du SMR oublie toutefois que ces deux expressions sont citées à titre d'exemple sous le chiffre 497 OIC en tant que sévères troubles respiratoires.
- En ce qui concerne la nécessité d'une surveillance particulière dans une division de néonatalogie à cause d'apnées répétées, nécessité contestée par le Dr Z. \_\_\_\_\_, il est renvoyé à la CMRM 2009 (cf. appréciation du médecin-conseil du 24 mars

2009). L'indication du médecin de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ d'hospitaliser le nouveau-né du 8 au 18 février 2008 en néonatalogie et de le transférer en maternité uniquement après stabilisation, justifie et souligne la nécessité du traitement intensif requis au chiffre 497 OIC. L'avis personnel du Dr Z. \_\_\_\_\_ relatif au degré de gravité des troubles d'adaptation respiratoire, à leur surveillance et à leur traitement, importe peu.

Dans son argumentation, le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne se réfère ni au texte de l'Ordonnance sur les infirmités congénitales ni aux éclaircissements apportés par la CMRM. Le caractère arbitraire de son argumentation se manifeste de plus également dans la manière détournée dont le Dr Z. \_\_\_\_\_ interprète les raisons de l'hospitalisation contenues dans le rapport de sortie de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_.»

Dans sa réponse du 27 novembre 2009, l'OAI propose le maintien de la décision attaquée. Il explique que le diagnostic d'immaturation du tronc cérébral ne constitue pas une infirmité congénitale et que les examens ont permis d'exclure une infirmité congénitale au sens du ch. 382 OIC. Le droit aux mesures médicales a été refusé au motif que les troubles respiratoires d'adaptation n'ont pas nécessité de traitement intensif, et ne revêtent donc pas les critères requis par le ch. 497 OIC. En outre, l'existence de troubles respiratoires d'adaptation sévères au sens du ch. 497 OIC ne peut être retenue: le SMR ne conteste pas l'existence de troubles respiratoires, pouvant être le signe d'une infection néonatale, mais relève que ces troubles respiratoires ont nécessité des stimulations (contact physique de l'infirmière vers l'enfant), lesquelles ne constituent pas un traitement intensif.

Dans ses observations du 5 janvier 2010, Visana renvoie à son écriture du 17 août 2009, observant pour le surplus que la réponse de l'office intimé n'a été signée que par une personne.

### **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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. A cet égard, l'art. 49 al. 4 LPGA dispose que l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. Selon la jurisprudence, l'assureur-maladie a ainsi qualité pour recourir contre une décision d'un Office AI relative à des mesures médicales (Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd. 2009, n. 23 ad art. 59 LPGA; cf. ATF 114 V 94 c. 3d), dans la mesure où il lui incombe de prendre en charge les mesures médicales qui ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité (cf. art. 27 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]).

**d)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA) – par Visana, auprès de qui L.\_\_\_\_\_ est affilié pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, contre la décision rendue le 6 juillet 2009 par l'OAI.

**2.** La question à examiner est celle de savoir si l'assuré présente une infirmité congénitale au sens du ch. 497 de l'annexe à l'OIC, et, partant, si l'office intimé était tenu de prendre en charge les frais d'hospitalisation auprès de la Division de néonatalogie de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ du 8 au 18 février 2008.

**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<sup>ère</sup> 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 c. 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 c. 6a; TF 9C\_817/2009 du 14 avril 2010 c. 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 c. 6.1 p. 591; 133 V 257 c. 3.2 p. 258 et les références; cf. ATF 133 II 305 c. 8.1 p. 315).

**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), «graves» au sens de ce chiffre implique la nécessité de mesures médicales 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 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. Selon l'art. 64 LPGA, l'assurance-invalidité doit prendre en charge l'ensemble du séjour. Après ce séjour, l'assurance-invalidité ne peut en principe prendre en charge qu'un seul contrôle. D'autres contrôles ultérieurs peuvent être pris en charge, si leur nécessité et leur durée probable sont présentées, motivation à l'appui, par la station de soins intensifs. 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 ch. 497.2 CMRM relatif aux insuffisances respiratoires du nouveau-né (hypoxie), tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie peuvent être admis sous le ch. 497 OIC, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie.

**4. a)** En l'occurrence, l'ensemble des avis médicaux versés au dossier constitué évoque, outre diverses pathologies, l'affection respiratoire présentée par l'assuré. Ainsi, la Dresse H.\_\_\_\_\_ écrit que ce sont «des apnées centrales à répétition» qui ont motivé son transfert en division de néonatalogie à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_, où celles-ci ont également été observées. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ n'en disconvient pas. Il reconnaît ainsi l'existence des problèmes respiratoires de l'assuré, même s'il considère (avis médical du 9 février 2009) que le diagnostic reste celui d'immatunité du tronc cérébral et que celle-ci ne constitue pas une maladie congénitale. Certes, tant la Dresse H.\_\_\_\_\_ que le Dr Z.\_\_\_\_\_ font allusion à une immaturité du tronc cérébral ainsi qu'à une éventuelle infection néonatale.

Pour autant, en dépit de l'ensemble des examens cliniques effectués, l'étiologie des apnées n'a pas pu être déterminée (cf. avis médical du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 7 mai 2009). De son côté, la Dresse H.\_\_\_\_\_ parle de désaturations inexpliquées. Au vrai, il ne s'agit pas ici de savoir quelle est l'origine des troubles respiratoires de l'assuré ni de poser un diagnostic précis à leur propos mais bien de se demander si ceux-ci remplissent les conditions posées par les textes applicables pour pouvoir être pris en charge au titre d'infirmités congénitales relevant de l'assurance-invalidité.

**b)** Le chiffre 497 de l'annexe à l'OIC prévoit la prise en charge des 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.

Il n'est à cet égard par contesté que l'assuré a été transféré en néonatalogie à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ dans les 72 premières heures de vie, ce que confirme la Dresse H.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 18 novembre 2008, qui fait état d'un transfert à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ à 36 heures de vie. Est par contre litigieux le point de savoir si l'assuré a subi des troubles respiratoires d'adaptation sévères, ainsi qu'un traitement intensif.

S'agissant en premier lieu de la sévérité des troubles respiratoires présentés, le Dr Z.\_\_\_\_\_ écrit dans son avis médical du 7 mai 2009 que l'assuré a été transféré à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ non pas pour des apnées, mais en raison du risque d'infection néonatale dont elles pouvaient être le signe. Il relève à cet égard que pour un néonatalogue averti, une apnée sévère est une apnée qui nécessite un traitement spécifique, soit médicamenteux (caféine), soit mécanique (C-PAP). Dans les autres cas, il s'agit d'apnées secondaires à d'éventuelles pathologies, comme en l'espèce. Le Dr J.\_\_\_\_\_ conteste cette appréciation, en se référant au rapport de la Dresse H.\_\_\_\_\_ où l'on peut lire que «lors de l'hospitalisation à C.\_\_\_\_\_, on observe des apnées centrales à répétition, raison pour laquelle l'enfant est transféré le soir même à l'Hôpital

W.\_\_\_\_\_» (rapport médical du 4 août 2009). Or il ressort du rapport médical de la Dresse H.\_\_\_\_\_ que l'assuré a été transféré en néonatalogie pour des apnées centrales avec désaturations et suspicion d'infection néonatale. Cette praticienne relève du reste sous la rubrique «suspicion d'infection néonatale» de son rapport que c'est au vu des apnées centrales avec désaturations inexpliquées que l'enfant est mis sous antibiothérapie. Il n'en demeure pas moins qu'elle souligne la gravité de l'affection de l'assuré en posant le diagnostic d'immatunité du tronc cérébral avec syndrome bradyapnéique sévère. En outre, elle retient à titre principal l'infirmité congénitale visée par le chiffre 497 de l'OIC.

Mais il y a plus. Il convient de constater qu'en raison des apnées centrales répétées ayant entraîné des chutes de la saturation en oxygène, l'assuré a dû être transféré en division de néonatalogie à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_, la survie du nourrisson n'étant pas garantie dans une maternité ordinaire. L'assuré y a fait l'objet de moult examens cliniques dont trois ponctions lombaires, d'une surveillance intensive au moyen d'appareils assortie de stimulation et d'une alimentation par perfusion pendant une semaine. A l'évidence, la durée et l'ampleur des soins prodigués excèdent le traitement courant pratiqué habituellement dans une maternité. On doit dès lors admettre que le traitement peut être considéré comme intensif, au regard des critères exemplatifs ressortant de la CMRM. Dans la mesure où l'intensité du traitement peut être retenue, l'on se trouve en présence de sévères troubles respiratoires d'adaptation (que la CMRM qualifie de «graves» en référence aux chiffres 495 et 497 à 499 de l'annexe à l'OIC). Cette différence terminologique ne revêt toutefois en l'espèce aucune portée, dès lors que la CMRM ne crée pas de nouvelles règles de droit mais donne seulement le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci (cf. consid. 3c supra). Les explications fournies par le Dr Z.\_\_\_\_\_ pour contester la sévérité de l'atteinte respiratoire présentée par l'assuré n'emportent pas la conviction. Se livrant à des spéculations sur la nature et l'ampleur du traitement, il perd de vue que l'assuré a été transféré à 36 heures de vie en division de néonatalogie à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ pour des apnées centrales et une

cyanose, qui ont nécessité une hospitalisation de dix jours. Sur la base de ces éléments, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a qualifié le syndrome bradyapnéique de sévère dès lors que la désaturation en oxygène atteignait 90 à 92%. La nécessité de stabiliser l'état du nourrisson impliquait le transfert à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_, à défaut de quoi la survie de l'assuré était mise en péril.

**c)** Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que L.\_\_\_\_\_ a présenté un sévère trouble respiratoire d'adaptation au sens du chiffre 497 de l'annexe à l'OIC. Le chiffre 497.2 CMRM ne conduit pas à une autre solution, conformément à ce que plaide la recourante. C'est donc à tort que l'intimé a refusé de prendre en charges les frais d'hospitalisation auprès de la Division de néonatalogie de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ du 8 au 18 février 2008, lesquels relèvent dès lors de l'assurance-invalidité.

**5. a)** Il s'ensuit que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 6 juillet 2009 par l'OAI réformée, en ce sens que cet office est tenu de prendre en charge les frais d'hospitalisation de L.\_\_\_\_\_ à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ du 8 au 18 février 2008.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI au sens des art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que cet office est tenu de prendre en charge les frais d'hospitalisation de L. \_\_\_\_\_ à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ du 8 au 18 février 2008.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Visana,
- 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).

Le greffier :