

Assurance invalidité Invalidenversicherung

TCVS S1 09 16

ATC (Cour des assurances sociales) du 1^{er} avril 2009

Mesures médicales en cas d'infirmité congénitale

- Les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans révolus ont droit, sans égard aux futures possibilités de réadaptation à la vie professionnelle, aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 13 LAD).
- Lorsqu'il s'agit d'atteintes à la santé qui peuvent être délimitées l'une de l'autre, il doit y avoir en tous les cas une répartition des frais entre les diverses assurances concernées.

Medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrechen

- Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr - unabhängig von künftigen beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten - Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 IVG).
- Bei voneinander abgrenzbaren Gesundheitsschäden sind in aller Regel die Kosten unter den verschiedenen beteiligten Versicherungen aufzuteilen.

Faits

A. En date du 22 mars 2008, X. a accouché par césarienne, pratiquée en urgence pour bradycardie foétale, d'une fillette, Y. Dans un rapport du 28 mars 2008, les D^{rs} M. et N., ont rapporté que cet enfant avait encore souffert d'une bradycardie foétale avec difficultés respiratoires pendant les 10 premières minutes de sa vie, raison pour laquelle il avait été ventilé. L'évolution avait été bonne, la TA était devenue normale et la fillette, présentant au demeurant un retard de croissance intra-utérin, n'avait plus souffert de bradycardie au cours de l'évolution pendant les 12 premières heures de vie. Le nourrisson avait été transféré le 22 mars 2008 en néonatalogie pour surveillance et une hypoglycémie avait été notée à 1,2 heure de vie; le traitement de l'hypoglycémie avait consisté en une perfusion par glucose et en une alimentation précoce aux 3 heures. L'évolution de l'hypoglycémie avait également été favorable et la perfusion avait pu être stoppée le jour même, étant relevé que les glycémies sans perfusion s'étaient également révélées dans la norme. Les praticiens ont précisé que le traitement du nourrisson avait pris fin le 22 mars 2008 et que, ce même jour, il avait pu retourner à la maternité, auprès de sa maman. L'enfant et sa mère avaient quitté la maternité le 27 mars suivant. Dans leur rapport du 28 mars 2008, les

Drs M. et N. ont rapporté que le problème d'hypoglycémie traité à la naissance avait constitué un cas d'infirmité congénitale au sens du chiffre 498 de l'OIC (cf. infra).

Le 28 août 2008, les parents de l'assurée ont adressé à l'Office cantonal AI du Valais (OAI) une demande de prestations pour mineurs afin que soit pris en charge le «problème survenu à la naissance».

Prenant position le 15 octobre 2008, le Service médical régional (SMR) a admis qu'il s'agissait d'un cas d'infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI, plus exactement du chiffre 498 de l'OIC. Le droit à des mesures médicales de l'AI pouvait être reconnu jusqu'à 24 heures après l'arrêt des perfusions, soit du 22 au 23 mars 2008.

Par communication du 17 octobre 2008, l'OAI a informé les parents de Y. qu'il acceptait de prendre en charge les mesures médicales afférentes au traitement subi par leur enfant pour la période limitée du 22 au 23 mars 2008. Il a été précisé que l'AI prendrait en charge d'autres mesures si l'hôpital en faisait la demande en justifiant leur nécessité et leur durée approximative.

Le 6 novembre 2008, Z. Assurance SA (ci-après Z.), assureur maladie de Y., a contesté la communication de l'OAI au motif, en substance, que quand bien même l'état de santé de son assurée n'aurait plus nécessité des soins intensifs après le 23 mars 2008, il n'en demeurait pas moins que les suites de son atteinte congénitale avait nécessité la prolongation de l'hospitalisation jusqu'au 27 mars suivant, à défaut de quoi elle aurait pu rentrer à domicile dès le 23 mars 2008. A titre de motivation, l'assureur a invoqué un ATF non publié 8C_236/2008. A défaut d'accord, Z. a requis la notification d'une décision sujette à recours.

Prenant position en date du 25 novembre 2008, le service juridique de l'OAI a relevé, en substance, que l'arrêt cité par Z. ne portait pas sur une problématique similaire au cas d'espèce. Cet arrêt ne mettait en particulier nullement en doute les directives de l'OFAS sur lesquelles l'OAI s'était appuyé (cf. infra). Il a souligné qu'en l'occurrence, l'hypoglycémie diagnostiquée le jour de la naissance avait rapidement pu être traitée par perfusion et que l'enfant avait pu retourner en maternité, ce qui signifiait une normalisation de tous les paramètres; la suite du séjour relevait dès lors de soins ordinaires à prodiguer à un nourrisson.

L'OAI a maintenu sa position par décision du 1^{er} décembre 2008

B. Z. a interjeté recours céans. Il a fait valoir que l'assureur maladie n'était tenu de prendre en charge que les soins accordés à un nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeurait à l'hôpital

avec sa mère. Or, compte tenu de son infirmité congénitale, Y. ne pouvait être considérée comme un nouveau-né en bonne santé de sorte qu'il appartenait à l'assurance-invalidité de prendre en charge les frais de séjour au-delà du traitement pour l'infirmité congénitale.

Le 5 mars 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'échange d'écritures a été clos le 6 mars suivant.

Dans le cadre de son instruction d'office, le Tribunal a interpellé le Dr M., médecin chef du département médico-chirurgical de pédiatrie de l'hôpital de Sion, afin qu'il précise la durée exacte du traitement (intensif ou non) du trouble congénital et, compte tenu des arguments de Z., les motifs ayant justifié le maintien du nourrisson en maternité jusqu'au 27 mars 2008. Le 20 mars 2009, le Dr M. a répondu que le traitement de l'hypoglycémie s'était terminé le 22 mars 2008; l'enfant avait ensuite été transféré à la maternité pour suite de couches, étant souligné qu'il n'était évidemment pas usuel de renvoyer un bébé à la maison alors que sa maman est encore hospitalisé. Ces éléments ont été transmis aux parties le 23 mars suivant.

Par jugement du 1^{er} avril 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours.

Considérant en droit

(...)

2. Le présent litige porte sur la prise en charge par l'assurance-invalidité, au titre des mesures médicales, des frais d'hospitalisation et de traitement encourus à la maternité de Sion, postérieurement au 23 mars 2008, soit du 24 au 27 mars 2008, date à laquelle l'enfant Y. et sa mère ont quitté la maternité.

a) Selon l'art. 12 LAI, régissant le droit à des mesures médicales en général, l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable (al. 1). Le Conseil fédéral est autorisé à délimiter les mesures prévues à l'al. 1 par rapport à celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle. A cet effet, il peut notamment préciser la nature et l'étendue des mesures incombant à l'assurance et régler la naissance et la durée du droit aux prestations.

Le droit aux mesures médicales en cas d'infirmités congénitales a été plus précisément réglementé à l'art. 13 LAI. Les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans révolus ont droit, sans égard aux futures possibilités de réadaptation à la vie professionnelle (art. 8, al. 2 et art. 3, LPGA; art. 13 LAI), aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales, conformément à l'art. 2 al. 2 et 3 OIC. Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant (art. 3 al. 2 LPGA).

Toutes les maladies congénitales ne sont toutefois pas prises en charge. L'assurance-invalidité ne peut octroyer des prestations en vertu des art. 3 LPGA et art. 13 LAI que s'il s'agit d'infirmités congénitales figurant dans l'annexe de l'OIC, ou désignées comme telles par le Département fédéral de l'intérieur en vertu de l'art. 1 al. 2 OIC (art. 13 al. 2 LAI; art. 3 RAI).

La liste des infirmités congénitales annexée à l'OIC prévoit à son chiffre 498 les «troubles métaboliques néonataux sévères (hypoglycémie, hypocalcémie, hypomagnésémie), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire».

b) Le chapitre 5 de la LPGA règle la coordination des prestations. En particulier, l'art. 64 LPGA mentionne que le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi (al. 1). Si les conditions de la loi spéciale concernée sont remplies, le traitement, dans les limites légales, est dans l'ordre suivant à la charge de l'assurance militaire (a), de l'assurance-accidents (b), de l'AI (c) et de l'assurance-maladie (d) (al. 2). L'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge seul et de manière illimitée les frais du traitement hospitalier, même si l'atteinte à la santé n'est pas entièrement due à l'événement qu'il est tenu de couvrir (al. 3). Par ailleurs, l'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge le traitement des atteintes à la santé dont il n'a pas à répondre lorsque ces atteintes surviennent au cours d'un traitement hospitalier et ne peuvent être traitées séparément (al. 4).

La manière d'appliquer cet article a été précisée par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 29 novembre 2007 (ATF 134 V 1). Comme l'a résumé l'OFAS, dans sa lettre circulaire AI n° 262, il découle de cet arrêt que le concours de plusieurs mesures médicales prodiguées dans un traitement hospitalier qui, prises séparément, relèvent du domaine de compétence d'une assurance distincte et qui sont certes appliquées en

même temps, mais concernant des atteintes à la santé que l'on peut délimiter les unes des autres, ne doit en principe pas entraîner l'application de l'art. 64 al. 3 LPGa. Il convient au contraire d'admettre que le législateur n'a précisément pas voulu, dans de tels cas, une coordination au sens de la priorité absolue à la charge de l'assurance sociale tenue de verser des prestations selon l'art. 64 al. 2 LPGa. Dans sa lettre circulaire, l'OFAS ajoute que, même en cas d'atteintes à la santé intercurrentes, une obligation de verser des prestations pour des atteintes « étrangères » existe seulement lorsqu'il n'est pas possible de les traiter séparément (art. 64 al. 4 LPGa).

Ainsi, lorsqu'il s'agit d'atteintes à la santé qui peuvent être délimitées l'une de l'autre, il doit y avoir en tous les cas une répartition des frais entre les diverses assurances concernées (cf. Kieser, ATSG-Kommentar 2^e éd., art. 64, nos 1 ss.; cf. aussi la circulaire n° 262 de l'OFAS). Dans ces cas, l'obligation de chacune d'elles de verser des prestations se limite à ce qui est prévu par la loi de l'assurance sociale qui les concerne (LAI, LAMal, LAA, LAM). Ce n'est que lorsque les atteintes à la santé ne peuvent pas être délimitées l'une de l'autre, qu'une seule assurance assume les frais totaux du traitement hospitalier selon l'ordre de priorité prévu à l'art. 64 LPGa. L'OFAS a ainsi posé que l'office AI doit examiner de manière approfondie toutes les factures relatives à des traitements médicaux hospitaliers pour déterminer si l'assurance-invalidité est tenue de verser des prestations pour la durée totale de l'hospitalisation ou si, selon la LAI, seule une partie du traitement doit être pris en charge. Cela concerne en premier lieu les cas facturés de manière forfaitaire (DRG). Si l'AI n'est que partiellement tenue de verser des prestations, il convient de demander à l'hôpital un rapport médical donnant les indications nécessaires pour que l'étendue des prestations à la charge de l'AI puisse être déterminée. L'OFAS estime que, pour les infirmités congénitales 494 ss, ce serait par exemple la durée du traitement intensif ou la durée nécessaire pour atteindre un certain poids.

c) aa) La recourante estime que l'enfant assuré n'a souffert durant son hospitalisation que d'une seule atteinte à la santé, à savoir l'infirmité congénitale à charge de l'intimé. Elle est d'avis que les directives de l'OFAS sont contraires à la loi et à la jurisprudence, en tant qu'elles limitent la prise en charge d'une infirmité congénitale par l'assurance-invalidité à la durée du traitement intensif et, se prévalant par ailleurs d'un arrêt non publié 8C_236/2008 du 14 octobre 2008, consid. 7.2, elle estime que la suite du traitement d'une infirmité congénitale selon les

chiffres 497 et 498 de l'annexe à l'OIC, bien que n'étant plus au stade du traitement intensif, reste à charge de l'assurance-invalidité. Se prévalant en particulier de l'art. 64 al. 3 LPGa, la recourante requiert que l'intimé prenne à sa charge les frais afférents à la durée entière d'hospitalisation de l'enfant, soit jusqu'au 27 mars 2008. Dans son courrier du 6 novembre 2008, l'assureur-maladie a exprimé «le fait qu'elle (Y.) ne nécessitait plus de traitement intensif après le 23 mars n'indique pas encore qu'en ne nécessitait plus de traitement du tout. Dans le cas contraire, Y. aurait pu rentrer directement à la maison, ce qui n'a évidemment pas été le cas».

bb) En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'enfant Y. a souffert d'une infirmité congénitale, sous forme d'hypoglycémie (chiffre 498 de l'OIC) survenue à 1 heure de vie. Le fait qu'elle avait droit aux mesures médicales de l'AI nécessaires au traitement de cette infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI n'est ainsi pas mis en cause.

Est par contre litigieuse la question de savoir si l'intimé pouvait se limiter à prendre en charge les seuls frais survenus durant le traitement de cette hypoglycémie (plus exactement jusqu'à 24 heures après la fin des perfusions) ou aurait dû couvrir l'intégralité des soins et frais de séjours hospitaliers, jusqu'au retour à domicile.

Contrairement à ce qu'avance la recourante, la question de savoir jusqu'à quand a duré le traitement intensif de l'hypoglycémie n'est en l'occurrence pas déterminante. En effet, il ressort des diverses pièces médicales versées au dossier que le traitement de cette infirmité congénitale, dans sa phase intensive ou non intensive (simple observation), a totalement pris fin en date du 22 mars 2008. Comme l'a exprimé l'intimé, le nourrisson a ensuite pu retourner en maternité auprès de sa mère. Depuis le 23 mars 2008, cet enfant n'a dès lors plus fait l'objet d'un suivi médical spécialisé, mais n'a fait que bénéficier des soins ordinaires fournis à tout nourrisson en bonne santé. Autrement dit, dès cette dernière date, sa prise en charge n'avait plus aucun lien avec une infirmité congénitale. Ces éléments ont du reste encore été confirmés par le D^r M. dans sa réponse du 20 mars 2009; le praticien a alors répété que le traitement de l'hypoglycémie (intensif ou non) s'était terminé le 22 mars 2008 et que l'enfant avait ensuite été transféré à la maternité pour suite de couches, étant souligné qu'il n'est pas usuel de renvoyer un bébé à la maison alors que sa maman est encore hospitalisée.

Au vu de ces éléments et contrairement à ce que semble penser la recourante, il appert qu'il s'est ici agi de deux événements pouvant être clairement distingués l'un de l'autre: un traitement pour infirmité

congénitale, dans un contexte de difficultés survenues dans les premières heures de vie, traitement circonscrit dans le temps, puis une prise en charge ordinaire d'un nourrisson en maternité.

En effet, d'une part, divers problèmes ont été notés le jour de la naissance, à savoir une bradycardie foetale ayant induit une ventilation, un retard de croissance n'ayant pas occasionné de soins particuliers et, en particulier un trouble d'hypoglycémie, lequel constitue une infirmité congénitale. A la lumière de l'art. 64 al. 2 et 3 LPGA et de l'ATF 134 V 1, c'est à juste titre que l'OAI a pris à sa charge les frais afférents aux soins fournis jusqu'au terme des 24 heures ayant suivi l'arrêt des perfusions (OFAS, Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI, CMRM, chiffre 498.2).

D'autre part, dès le 23 mars 2008, il s'est agi de la prise en charge usuelle d'un nourrisson en maternité, soit d'un motif d'hospitalisation n'ayant plus de lien avec des soins afférents à l'infirmité congénitale. Partant, dès le 23 mars 2008, respectivement au terme des 24 heures ayant suivi l'arrêt des perfusions, il s'agissait d'un pur cas de maternité et il n'y avait plus à proprement parler de concours de mesures médicales de sorte que les soins conférés au nourrisson n'étaient plus à charge de l'assurance-invalidité. Pour ces motifs, l'arrêt non publié 8C_236/2008 cité par la recourante, portant d'ailleurs essentiellement sur un problème de prescription, n'est d'aucune utilité dans la présente problématique.

A vu de ces éléments, la Cour constate que c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit de son assurée à une prise en charge, au titre des mesures médicales de l'assurance-invalidité, de ses frais d'hospitalisation postérieurs au 23 mars 2008.