

VS_GERICHTE S1 09 27 vom 8. Juni 2009

VS Kantonsgericht, 2009-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_09_27

FR: VS_GERICHTE S1 09 27 du 8 juin 2009

IT: VS_GERICHTE S1 09 27 del 8 giugno 2009

Regeste

RVJ / ZWR 2011 201 Jurisprudence de la Cour des assurances sociales Rechtsprechung der Sozial- versicherungsrechtlichen Abteilung Assurance-invalidité Invalidenversicherung ATC (Cour des assurances sociales) du 8 juin 2009, Sansan Assurances SA c. Office cantonal AI du Valais Mesures médicales; infirmité congénitale; coordination des prestations – Le droit aux mesures médicales en cas d’infirmités congénitales est réglémenté à l’art. 13 LAI. – Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accom- plie de l’enfant (art. 3 al. 2 LPGA). – Le concours de plusieurs mesures médicales prodiguées dans un traitement hos- pitalier qui, prises séparément, relèvent du domaine de compétence d’une assu- rance distincte et qui sont certes appliquées en même temps, mais concernent des atteintes à la santé que l’on peut délimiter les unes des autres, ne doit en prin- cipe pas entraîner l’application de l’art. 64 al. 3 LPGA. Réf. CH :

Erwägungen

E. 9

juillet 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 12 novembre 2008, Sansan Assurances SA (Sansan), assureur maladie de T. F., a contesté la communication de l’OAI au motif qu’il exis- tait clairement un lien de causalité entre l’affection néonatologique et la suite du traitement. A titre de motivation, l’assureur a invoqué un arrêt non publié 8C_236/2008, dans lequel le Tribunal fédéral avait estimé que la suite du traitement d’une infirmité congénitale, ne fût-il plus intensif, restait à charge de l’AI, car le traitement intensif et sa suite devaient être assimilés à un complexe thérapeutique. A défaut d’accord, Sansan a requis la notification d’une décision sujette à recours. Par décision du 22 décembre 2008, l’OAI a relevé, en substance, que l’arrêt cité par Sansan ne portait pas sur une problématique simi- laire 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. Il a souligné qu’en l’occurrence l’hypoglycémie diagnostiquée avait rapide- ment pu être traitée par perfusion et que la suite du séjour ne relevait pas d’une infirmité congénitale, mais de la prématurité de l’enfant. 202 RVJ / ZWR 2011

RVJ / ZWR 2011 203 B. Sansan a interjeté recours le 2 février 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a réitéré ses arguments et fait valoir que le traitement intensif du nourrisson n’impliquait pas deux atteintes à la santé distinctes, mais une seule atteinte, à savoir l’infirmité congénitale, et que cette affection avait été traitée intensive- ment jusqu’à la fin de l’hospitalisation, la prématurité ne semblant pas avoir engendré de traitement distinct. Le 12 mars 2009, l’intimé a conclu au rejet du recours, maintenant son point de vue selon lequel la poursuite de l’hospitalisation était uni- quement due à l’alimentation par sonde naso-gastrique ordonnée en raison de la prématurité de

l'enfant afin que celui-ci atteigne un poids suffisant pour lui permettre de sortir de l'hôpital. Invités à se déterminer, les parents de T. F. ont indiqué qu'il s'agissait d'un bébé né prématuré et qu'un traitement intensif était, dès lors, indispensable. Ils ont ajouté que les médecins parlaient d'infirmité congénitale et que le traitement qui avait été suivi était dû à la naissance prématurée de l'enfant. Le 8 juin 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de Sansan. Droit 1. Selon l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'AI (art. 1a à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément. (...) 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 9 juillet 2008, soit du 10 au 21 juillet 2008, date à laquelle l'enfant T. F. a quitté l'hôpital. a) Le droit aux mesures médicales en cas d'infirmités congénitales est 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 de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC - RS 831.232.21). 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 concernent 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). 204 RVJ / ZWR 2011

RVJ / ZWR 2011 205 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, 2e 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 prise 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 la charge de l'intimé. Elle se prévaut par ailleurs d'un arrêt non publié 8C_236/2008 du 14 octobre 2008, consid. 7.2, selon lequel 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. bb) En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'enfant T. F. a souffert d'une infirmité congénitale, sous forme d'hypoglycémie (chiffre 498 de l'OIC) survenue à 1 heure de vie. Le fait qu'il 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, l'enfant n'a pas été traité uniquement en raison de l'infirmité congénitale, mais également en raison de sa prématurité. En effet, il ressort du rapport des Drs M. et R. que la prématurité du nourrisson a nécessité une alimentation par sonde naso-gastrique jusqu'au 20 juillet 2008 et de la photothérapie du 7 au 8 juillet 2008. L'hypoglycémie survenue à une heure de vie a, quant à elle, été traitée grâce aux perfusions de glucose et à l'alimentation par sonde du 6 au 8 juillet 2008. A cette date, le nouveau-né ne présentait plus d'hypoglycémie. Le traitement de l'infirmité congénitale a ainsi totalement pris fin le 8 juillet 2008. Dès cette date, l'enfant n'a plus fait l'objet d'un suivi médical spécifique à l'infirmité congénitale, mais n'a fait que bénéficier des soins ordinaires fournis à tout nourrisson prématuré, à savoir une alimentation par sonde naso-gastrique afin qu'il atteigne un poids suffisant pour lui permettre de quitter l'hôpital. A cet égard, on notera que malgré sa faiblesse (2160 grammes), le poids de l'enfant à sa naissance ne constituait pas une infirmité congénitale distincte, que l'intimé aurait dû

prendre en charge, dans la mesure où selon le chiffre 494 de l'OIC présentent une infirmité les nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes. En définitive, 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 né prématurément. Dès le 9 juillet 2008, respectivement au terme des 24 heures ayant suivi l'arrêt des perfusions, il n'y avait donc 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. 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 la lumière de ces éléments, la Cour constate que c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit de son assuré à une prise en charge, au titre des mesures médicales de l'assurance-invalidité, de ses frais d'hospitalisation non liés au traitement de l'infirmité congénitale (photothérapie) et postérieurs au 9 juillet 2008 (poursuite de l'alimentation nasogastrique). Ce jugement a été confirmé par arrêt du Tribunal fédéral du

E. 14

avril 2010. 206 RVJ / ZWR 2011

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