Urteilskopf

101 V 194

40. Arrêt du 4 juillet 1975 dans la cause Caisse cantonale vaudoise de compensation contre A.A. et Tribunal des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Zusammentreffen von Krankenversicherung (Art. 12 KUVG) und Invalidenversicherung (Art. 12 und Art.13 IVG) im Fall von interkurrenten Behandlungen (Art. 17 Abs. 1 Vo III).

- Wird anlässlich eines chirurgischen Eingriffs zufällig ein symptomloses Geburtsgebrechen entdeckt und routinemässig behandelt, so gehen die Kosten dieser Behandlung nicht zu Lasten der Invalidenversicherung.

- Hat die Invalidenversicherung die Kosten der durch die Sanierung des Geburtsgebrechens verursachten Verlängerung des Spitalaufenthaltes zu übernehmen?

Regeste (fr):
Concours de l'assurance-maladie (art. 12 LAMA) et de l'assurance-invalidité (art. 12 et art. 13 LAI) dans le cas de traitements intercurrents (art. 17 al. 1 Ord. III).

- Si une anomalie congénitale sans symptômes est fortuitement découverte lors d'une opération chirurgicale et traitée simultanément par une mesure de routine, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge les frais de ce traitement.

- L'assurance-invalidité doit-elle assumer la prolongation de l'hospitalisation causée par le traitement de l'infirmité congénitale?

Regesto (it):
Concorso dell'assicurazione contro le malattie (art. 12 LAMI) e dell'assicurazione per l'invalidità (art. 12 e art. 13 LAI) in caso di cure intercorrenti (art. 17 cpv. 1 Ord. III).

- Se una anomalia congenita senza sintomi viene scoperta per caso durante un intervento chirurgico e simultaneamente curata nel solito modo, le spese di questa cura non vanno a carico dell'assicurazione per l'invalidità.

- Deve l'assicurazione per l'invalidità assumere le spese del prolungamento della cura in ospedale per complicazione connessa all'infermità congenita?

Sachverhalt ab Seite 194

BGE 101 V 194 S. 194

A.- L'enfant A.A., né en 1966, a été hospitalisé le 24 novembre 1972 pour suspicion d'appendicite. Il a subi le jour même une appendicectomie d'urgence pour appendicite aiguë phlegmoneuse. Lors de l'opération, le chirurgien a constaté la présence d'adénites mésentériques, ainsi que d'un volumineux diverticule de Meckel, qu'il a réséqué. L'enfant est sorti de l'hôpital le 4 décembre 1972. B.A., père du patient, a adressé le 30 novembre 1972 une demande de prestations à l'assurance-invalidité, visant à la prise en charge de l'ablation du diverticule

de Meckel, infirmité congénitale.

BGE 101 V 194 S. 195

La Commission de l'assurance-invalidité du canton de Vaud s'est opposée à ladite demande; elle a constaté que ce n'était pas l'affection congénitale qui avait rendu nécessaire l'hospitalisation de l'enfant et qui avait motivé l'opération, mais bien l'appendicite. Elle a donc conseillé au requérant de prendre contact avec sa caisse-maladie (décision de la Caisse cantonale vaudoise de compensation du 19 avril 1973).

B.- B.A. a recouru au nom de son fils. Il a allégué que le diverticule de Meckel fait partie des infirmités congénitales dont le traitement incombe à l'assurance-invalidité, quels que soient les moyens qui ont permis de la reconnaître, et a demandé, partant, que les frais d'hospitalisation soient partagés entre l'assurance-invalidité et l'assurance-maladie. Sur invitation du Tribunal des assurances du canton de Vaud, la caisse de compensation a notifié à la Société vaudoise et romande de secours mutuels (SVRSM), caisse-maladie de l'intéressé, une décision libellée comme suit: "... il n'appartient pas à l'AI de prendre en charge les dépenses inhérentes à l'ablation du diverticule de Meckel, le stage résultant, au premier chef, de la présence d'une appendicite et n'ayant nullement été prolongé par l'excision du diverticule de Meckel ... par conséquent ... l'AI n'intervient pas pour le paiement des mesures médicales prodiguées à cet enfant à l'Hôpital de l'enfance à Lausanne" (décision du 14 septembre 1973). La SVRSM également a recouru contre cette décision en alléguant qu'elle était disposée à prendre en charge "les frais de l'hospitalisation pour la période du 28 novembre au 4 décembre 1972, dans le cadre de la convention vaudoise d'hospitalisation, à l'exclusion toutefois des honoraires de chirurgien relatifs à l'infirmité congénitale dont il est question". Le Tribunal des assurances du canton de Vaud a joint les deux causes et, par jugement du 11 avril 1974, il a admis les recours. Les premiers juges ont constaté en substance que les prestations spécifiques en relation exclusive avec l'une des affections incombaient à l'institution répondant de cette affection et que les frais découlant de prestations communes devaient être répartis entre l'assurance-invalidité et la caisse-maladie en fonction de l'importance respective d'une résection du diverticule de Meckel et d'une appendicectomie. Ils ont dès lors déclaré six journées d'hospitalisation à la charge de l'assurance-invalidité

BGE 101 V 194 S. 196

et cinq journées à la charge de l'assurance-maladie.

C.- La caisse de compensation a déféré le jugement cantonal à la Cour de céans. La recourante fait valoir que pour la prise en charge des frais d'intervention est déterminant le but prépondérant de l'hospitalisation, c'est-à-dire le motif ayant amené l'assuré à subir une intervention, soit en l'occurrence l'appendicectomie. Elle allègue en outre que la solution du jugement cantonal est critiquable sur le plan administratif, car elle aboutit à des difficultés pratiquement insurmontables au regard de chaque cas particulier.
Tandis que la SVRSM s'en remet à justice, l'Office fédéral des assurances sociales propose l'admission du recours de droit administratif. L'assuré, quant à lui, ne se détermine pas.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. Les assurés mineurs ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales. Le Conseil fédéral est chargé d'établir une liste de ces infirmités (art. 13 LAI). Selon les art. 1 et 2 ch. 275 de l'ordonnance du 20 octobre 1971 concernant les infirmités congénitales, édictée en vertu de la disposition légale précitée, les diverticules congénitaux du tube digestif sont réputés infirmités congénitales. Suivant la jurisprudence et la pratique administrative, si des affections intercurrentes qui ne sont pas une conséquence immédiate de l'infirmité congénitale surviennent au cours d'une hospitalisation motivée par cette dernière, leur traitement n'est à la charge de l'assurance-invalidité qu'aussi longtemps qu'elles demeurent d'une importance manifestement secondaire (RO 97 V 54 et arrêts cités; circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales valable dès le 1er janvier 1974 concernant les mesures médicales de réadaptation, ch. 208). L'art. 14 al. 1 de l'ordonnance III du 15 janvier 1965 sur l'assurance-maladie concernant les prestations des caisses-maladie et fédérations de réassurance reconnues par la Confédération dispose que "les prestations obligatoirement à la charge des caisses en vertu de la loi doivent être versées en cas de maladie; les infirmités congénitales sont assimilées à des maladies". L'art. 17 al. 1 de cette ordonnance prévoit que dans la mesure où les frais médicaux et pharmaceutiques sont

à la charge de l'assurance-invalidité, les caisses sont libérées de leur obligation de payer ces frais.

2. La question litigieuse en l'espèce, à savoir la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'assurance-invalidité ou par la SVRSM, appelle deux remarques, l'une de caractère médical, l'autre de nature financière. a) Sur le plan médical, l'ablation systématique du diverticule de Meckel lors de toute intervention intrapéritonéale est justifiée - à l'égal de l"ablation systématique de l'appendice - par sa pathologie: le diverticule peut s'enflammer (diverticulite), donnant un syndrome analogue à l'appendicite, et il peut aussi parfois provoquer une occlusion intestinale par strangulation. Cette anomalie atteint environ 1% de la population selon HENNING et BAUMANN ("Handbuch der inneren Medizin", 1953, vol. III/2, p. 185), de 1 à 2% selon PSCHYREMBEL ("Klinisches Wörterbuch", 1969, p. 748) et environ 3% selon l'Office fédéral des assurances sociales. Elle n'est cependant diagnostiquée dans la plupart des cas qu'au cours d'une opération, car les manifestations pathologiques en sont apparemment peu fréquentes: d'après la statistique de l'assurance-invalidité, une intervention chirurgicale ne serait nécessaire que pour une personne sur cent atteintes de cette infirmité congénitale. Quant à sa difficulté et à sa durée, l'ablation d'un diverticule de Meckel se rapproche fort de l'appendicectomie (voir en ce sens les ch. 2417 et 2418 du tarif CNA/AM/AI). b) Sur le plan financier, il importe peu à l'assuré qui assumera le traitement; que ce soit l'assurance-maladie obligatoire ou l'assurance-invalidité, il n'aura à supporter aucuns frais. Mais le problème n'est pas indifférent aux deux assurances en cause. Selon la Convention vaudoise d'hospitalisation qui était valable en 1972, la caisse-maladie verse pour les enfants une prestation forfaitaire de 57 fr. par jour d'hospitalisation. Ce forfait, qui englobe les honoraires médicaux est versé à la Centrale d'encaissement, laquelle paie à l'Hôpital de l'enfance un prix de 129 fr. 70 par jour et les honoraires médicaux calculés sur la base d'un tarif conventionnel. Des fonds de compensation gérés par la Centrale - et alimentés pour une part par des subsides cantonaux - couvrent la différence entre la prestation forfaitaire que verse la caisse et les montants

payés à l'hôpital pour frais d'hospitalisation et honoraires médicaux. (En ce qui concerne la Convention vaudoise d'hospitalisation voir aussi RO 101 V 68.) Selon la convention passée entre l'Office fédéral des assurances sociales et l'Hôpital de l'enfance, l'assurance-invalidité verse une prestation forfaitaire de 140 fr. par jour d'hospitalisation. Mais ce forfait ne comprend pas les honoraires des médecins non engagés par l'hôpital, et ces médecins adressent à l'assurance-invalidité leurs notes d'honoraires établies sur la base du tarif CNA/AM/AI. La prestation de l'assurance-invalidité représente ainsi un multiple de celle de l'assurance-maladie: couvrant pleinement tant les frais hospitaliers que les honoraires médicaux, elle décharge notamment la Centrale d'encaissement.

3. Si l'appendicectomie et l'ablation du diverticule de Meckel avaient fait l'objet de deux interventions distinctes dans le temps, il est clair que la première d'entre elles aurait été prise en charge entière par l'assurance-maladie selon les conditions qui lui sont propres et que la seconde l'aurait été par l'assurance-invalidité selon ses tarifs. Partant de cette constatation, le juge cantonal a considéré que, lorsque les deux interventions sont pratiquées en un seul temps, chacune des assurances devait en principe fournir ses prestations à proportion de l'importance respective des deux interventions. Il a cherché à formuler ce principe en posant la règle suivante: "Lorsque le traitement d'une affection comme telle permet la découverte et simultanément le traitement d'une infirmité congénitale, les prestations spécifiques diagnostiques et thérapeutiques en relation exclusive avec l'une des affections sont à la charge de l'institution qui répond de cette affection. Les prestations qui ne sont pas spécifiques sont à la charge des caisses dans la proportion présumable des soins médicaux et pharmaceutiques qu'entraînerait le traitement indépendant de chacune des affections." C'est en vertu de cette formule que le juge cantonal, estimant que l'importance respective d'une appendicectomie et d'une résection du diverticule de Meckel est dans la proportion de 4 à 5, a prononcé: l'assurance-invalidité devra prendre à sa charge six journées d'hospitalisation, la résection du diverticule de Meckel et l'anesthésie correspondante, la SVRSM supportant cinq journées d'hospitalisation, l'appendicectomie et l'anesthésie correspondante. Il a renvoyé le dossier

à l'administration pour nouvelle décision en ce sens. Mais comment ce jugement pourrait-il être exécuté?

4. Le juge cantonal reconnaît que la formule adoptée par lui laisse de côté un certain nombre de problèmes, qu'elle ne résout pas notamment la question du tarif applicable aux prestations non spécifiques. Il estime toutefois que cette question peut être laissée ouverte en l'espèce. Or cette dernière remarque est sans aucun doute inexacte, l'anesthésie par exemple n'ayant rien de spécifique, ni la laparotomie préalable à l'ablation. La question doit donc être résolue; et elle ne paraît pouvoir l'être que par application par chaque institution du tarif qui lui est propre. Mais aussitôt apparaissent des difficultés pratiques quasiment insurmontables, si l'on ne veut pas qu'en fin de compte les actes médicaux soient payés deux fois. En effet, le forfait versé par la caisse-maladie englobe les honoraires médicaux. La part y afférente était en 1972 de 20 fr. 50 par jour d'hospitalisation, montant versé au fonds de compensation "honoraires". Si l'on veut, à l'instar du juge cantonal, estimer de 4 à 5 la proportion de l'importance respective des deux interventions, seuls 45% des honoraires fixés selon tarif pour les actes non spécifiques doivent grever la part due par la SVRSM dans le cadre du forfait attribué au fonds de compensation "honoraires". Quant à l'assurance-invalidité, elle devrait verser 55% de ces honoraires fixés selon son propre tarif. A ces sommes s'ajouterait pour chacune des assurances la pleine participation pour les actes spécifiques de traitement dont elle répond. Si l'on tente de faire le calcul de ce que devrait ainsi l'assurance-invalidité, il faut constater tout d'abord que seule l'ablation même du diverticule est un acte spécifique de traitement de l'infirmité congénitale. La laparotomie est en effet, comme la narcose, commune à cette ablation et à celle de l'appendice; ce qui paraît avoir échappé au juge cantonal, lorsqu'il déclare que sa solution "doit permettre la liquidation de l'affaire sans mettre d'obligation à la charge de l'Etat de Vaud et de la Centrale

d'encaissement". Or il y a lieu de remarquer que le tarif CNA/AM/AI ne prévoit pas de position pour la laparotomie en tant que telle. Peut-être pourrait-on appliquer par analogie la position 2416 du tarif ("laparotomie exploratrice"), bien que l'exploration n'en ait été ni le motif ni le but.

BGE 101 V 194 S. 200

Selon cette thèse, l'assurance-invalidité devrait alors verser 55% du montant tarifaire pour la laparotomie, comme aussi du montant correspondant pour la narcose (position 1852 du tarif). A cela s'ajouterait la pleine prise en charge de l'ablation même du diverticule; mais il faut constater l'absence totale de position tarifaire pour l'ablation de routine du diverticule, pratiquée à l'occasion d'une autre intervention intrapéritonéale, ainsi qu'il sera dit au considérant 6. Un calcul parallèle devrait être fait pour les paiements de la Centrale d'encaissement (non partie au procès), calcul dont les résultats serviraient à déterminer le taux des réductions à opérer sur le montant du forfait dû par la SVRSM en tant que ce dernier est attribué au fonds de compensation "honoraires". Mais il faudrait en sus, ce faisant, tenir compte des relations légales ou contractuelles entre toutes les parties à la Convention d'hospitalisation, relations qui peuvent, le cas échéant, contrecarrer pareilles réductions. En bref, le calcul découlant du principe de la répartition des charges est sans doute possible. Sa complication est toutefois telle que - comme le relèvent la caisse de compensation et l'Office fédéral des assurances sociales - l'application doit en être qualifiée d'inexécutable sur le plan administratif. Il faut donc rechercher si une solution tout aussi admissible en droit mais praticable en fait ne pourrait découler d'un autre principe.

5. Dans le cadre de l'art. 13 LAI, le droit au traitement de l'infirmité congénitale peut s'étendre, on l'a vu, au traitement d'affections secondaires en rapport de causalité adéquate avec l'infirmité. Mais ce principe ne peut être retenu ici, le diverticule de Meckel et l'appendicite n'ayant entre eux aucun lien quelconque de causalité. Dans le cadre de l'art. 12 LAI, la jurisprudence a prononcé que, si des actes médicaux connexes appartiennent les uns au traitement de l'affection comme telle et les autres à la réadaptation, la prise en charge par l'assurance-invalidité dépend de la nature et du but de la mesure médicale la plus importante (voir p.ex. RCC 1970 p. 104, ATFA 1961 p. 308); l'assuré a donc droit soit à l'ensemble des mesures, soit à aucune d'elles. Si l'on étend ce principe au concours de traitements d'une affection comme telle et d'une infirmité congénitale, force est de constater que, en l'espèce, l'appendicectomie l'emportait

BGE 101 V 194 S. 201

clairement: il s'agissait d'une appendicite aiguë, exigeant une opération d'urgence; tandis que l'ablation du diverticule de Meckel, découvert fortuitement à l'occasion de cette opération et qui ne présentait aucun symptôme - et n'en aurait peut-être jamais présenté la vie durant du patient - a été pratiquée certes à raison mais simplement "en passant". Ni la durée de l'opération de l'appendicite ni celle de l'hospitalisation ne s'en sont trouvées prolongées d'une manière sensible. Il pourrait néanmoins se présenter des cas où, bien que l'hospitalisation soit dictée au premier chef par le traitement de l'affection comme telle et qu'une intervention soit nécessitée par ce traitement, la durée de l'hospitalisation soit prolongée par le traitement simultané d'une infirmité congénitale et l'intervention requise par l'infirmité complique celle nécessitée par l'affection comme telle, voire lui soit étrangère (p.ex. hospitalisation pour fracture accidentelle de l'épaule, dont on profiterait pour opérer une pseudarthrose congénitale du tibia). Peut-être alors l'assurance-invalidité devrait-elle assumer la prolongation de l'hospitalisation et les actes spécifiques de traitement de l'infirmité congénitale. Il n'est toutefois pas nécessaire d'examiner plus avant ce problème en l'espèce, et cela pour les motifs suivants.

6. Si l'intervention avait été pratiquée en raison d'une diverticulite ou d'une autre manifestation pathologique du diverticule de Meckel, l'assurance-invalidité aurait bien évidemment pris cette intervention à sa charge. Il en irait de même dans le cas où, bien qu'entreprise pour suspicion d'appendicite, l'intervention aurait révélé un appendice non enflammé mais une pathologie due à l'existence d'un diverticule. Or, dans pareils cas, l'opérateur aurait sans doute saisi l'occasion de la laparotomie pratiquée pour procéder à l'ablation de routine de l'appendice. Consultant le tarif CNA/AM/AI, sous position 2417, on constate que l"appendicectomie "au passage", pratiquée lors d'une intervention interabdominale, n'est pas à la charge de l'assurance. Cela signifie que pareille appendicectomie est un acte si banal qu'il ne mérite aucune rémunération particulière de l'opérateur. Ce dernier a donc ses honoraires entièrement couverts par la prestation fixée selon le tarif pour l'intervention principale à laquelle il a procédé; il ne pourra exiger ni du patient ni d'une quelconque autre assurance un supplément pour l'appendicectomie.

En l'espèce, nous nous trouvons devant le cas inverse, où l'intervention a été pratiquée en raison d'une appendicite aiguë. Lors de l'opération, le chirurgien a constaté l'existence d'un diverticule de Meckel, mais qui ne provoquait aucun syndrome pathologique. Conformément aux règles de l'art, il a saisi l'occasion de la laparotomie pratiquée pour procéder à l'ablation de routine du diverticule. Or pareille ablation se rapproche fort de l'appendicectomie de routine, ainsi que l'Office fédéral des assurances sociales le relève dans son préavis; elle peut même en être considérée comme l'exact pendant. Par analogie avec la position 2417 du tarif CNA/AM/AI, il se justifie de considérer que la résection du diverticule "au passage" n'est pas à la charge de l'assurance. L'appendicectomie étant assumée par l'assurance-maladie, ce n'est sans doute pas le tarif CNA/AM/AI qui est applicable, mais celui qui lie la Fédération vaudoise des caisses-maladie et la Société vaudoise de médecine. Quelles que soient les clauses de ce tarif sur les actes médicaux de routine pratiqués "au passage", l'ablation de routine du diverticule de Meckel, faite "au passage" à l'occasion d'une intervention intra-abdominale, sans que le diverticule ait présenté le moindre symptôme, est un acte si banal qu'il ne saurait ouvrir droit à une prestation complémentaire de l'assurance-invalidité.

Dispositiv

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce: Le recours est admis et le jugement cantonal, annulé.