



---

## Lettre-circulaire AI n° 262

---

### Répartition des frais facturés en DRG / art. 64 LPGA

Par cette circulaire, nous souhaitons vous rendre attentifs à l'arrêt du TF du 29 novembre 2007 (ATF 134 V 1) où le TF a examiné l'obligation de l'assurance-invalidité de verser des prestations en cas de traitement combiné au sens de l'art. 64 LPGA.

Le TF expose : plusieurs mesures médicales prodiguées lors d'un traitement hospitalier relèvent chacune en elle seule du domaine de compétence d'une assurance distincte ; elles sont certes appliquées en même temps mais concernent des atteintes à la santé que l'on peut délimiter les unes des autres. Cet état de fait ne doit en principe pas engendrer l'application de l'art. 64, al. 3, LPGA. Au contraire, le législateur n'a 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.

Les points les plus importants de cet arrêt sont les suivants (extraits des considérants) :

*6.1 [...] L'art. 64, al. 3, LPGA règle l'obligation de principe de l'assurance tenue de verser des prestations selon l'al. 2 de prendre en charge les frais du traitement hospitalier même si l'atteinte à la santé n'est pas entièrement due à l'événement qu'elle est tenue de couvrir (par exemple si une atteinte à la colonne vertébrale est due aussi bien à un accident qu'à un développement dégénératif [étranger à l'accident]). [...]*

*L'art. 64, al. 3, LPGA ne prévoit pas comment déterminer l'obligation de verser des prestations en cas d'atteintes à la santé qui sont dues à des causes diverses mais qui – par exemple pour des motifs d'opportunité médicale – font l'objet de soins dans le cadre du même traitement hospitalier (par exemple lorsqu'à une atteinte à la colonne vertébrale s'ajoute un carcinome des poumons). L'al. 4 ne règle cette question que pour le cas spécial où d'autres atteintes à la santé surviennent au cours d'un traitement hospitalier (atteinte intercurrente à la santé) et ne peuvent être traitées séparément.*

*8.1 [...] Le concours de plusieurs mesures médicales prodiguées dans un traitement hospitalier qui, chacune en elle seule, 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 engendrer l'application de l'art. 64, al. 3, LPGA. Au contraire, il convient d'admettre que le législateur n'avait 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. Du reste, il s'agit de relever 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). [...]*

*8.2 Si, dans le cadre d'un seul traitement hospitalier, il est procédé à l'opération d'une infirmité congénitale et d'une atteinte à la santé indépendante de cette infirmité et ne relevant pas du champ d'application de l'assurance-invalidité, par exemple parce que l'infirmité est localisée dans la même partie du corps et qu'il s'avère inopportun voire irresponsable d'un point de vue médical d'envisager deux interventions séparées (l'une à la charge de l'assurance-invalidité et l'autre à la charge de l'assurance-maladie), les frais qui en découlent doivent en tous les cas faire l'objet d'une répartition. Cette répartition doit se faire selon la part que devraient prendre à leur charge les assurances sociales respectives en cas de traitement séparé et doit être calculée concrètement sur la base des indications médicales à ce sujet. [...]*

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 (voir à ce sujet Kieser, ATSG-Kommentar, art. 64, nos 1 ss.). 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).

Lorsque les atteintes à la santé ne peuvent pas être délimitées l'une de l'autre, une seule assurance assume les frais totaux du traitement hospitalier selon l'ordre de priorité prévu à l'art. 64 LPGA.

Ainsi, 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. Pour les infirmités congénitales 494 ss., ce serait par exemple la durée du traitement intensif ou la durée nécessaire pour atteindre un certain poids. La part devant être prise en charge doit si possible être fixée en jours, par exemple avec la formulation que « l'assurance-invalidité prend en charge le traitement intensif administré qui a nécessité X jours d'hospitalisation selon le rapport médical du (date) », pour que l'hôpital puisse répartir les frais. La décision/communication écrite est adressée à l'assuré avec copie à l'hôpital et à l'assureur-maladie.

La présente réglementation s'applique à tous les traitements médicaux hospitaliers facturés après le 1<sup>er</sup> janvier 2008.