

## Pédiatrie et assurances sociales

Die deutsche Fassung dieses Artikels wird folgen.

### Abréviations

**LAMal**: loi sur l'assurance maladie.

**AOS**: assurance obligatoire de soins relevant de la LAMal. **OPAS**: ordonnance sur certaines prestations de l'assurance obligatoire des soins. **LCA**: loi sur le contrat d'assurance (régissant les assurances complémentaires dans le secteur de la santé) **LAI**: loi sur l'assurance invalidité. **OIC**: Ordonnance concernant les infirmités congénitales, objets de mesures médicales de réadaptation remboursées par l'AI (assurance invalidité).

### Quelques précisions

La **LAMal** est la loi qui régit l'assurance maladie à laquelle toutes personnes domiciliées en Suisse doivent être affiliés par le biais de l'assurance obligatoire de soins (**AOS**). Cette loi contient des dispositions concernant entre autres les prestataires de soins, et certaines prestations qui ont été objet de discussions dans des commissions (des médicaments et des prestations, des moyens auxiliaires et des analyses). Ces dispositions figurent dans l'**OPAS** et ses annexes.

La **LCA** est la loi qui régit les assurances complémentaires auxquelles s'affilient les personnes qui souhaitent bénéficier de prestations que n'accordent pas l'**AOS**. Ces assurances complémentaires paient

ce que précisent leurs règlements. Elles sont diverses; c'est pourquoi une fois voté patient voit ses psychothérapies par des psychologues remboursées ou non ou jusqu'à 1000 fr. ou 3000 fr. par an, ou sa logopédie est prise en charge dans certaines limites qui ne sont pas les mêmes d'assurance en assurance.

La **LAI** est la loi qui régit l'assurance invalidité. Elle contient entre autre une ordonnance sur les infirmités congénitales l'**OIC**, et d'autres directives et circulaires qui définissent certaines prises en charge notamment d'écoles spécialisées.

La Société suisse des médecins conseils va publier la seconde édition du «Manuel des médecins-conseils suisses». Les différents chapitres de ce manuel, dont celui consacré aux prestations pédiatriques ont été écrits après consultations avec des spécialistes de chaque spécialité. Nous citerons ici les points qui nous paraissent importants figurant dans le chapitre «Pédiatrie».

### Dispositions juridiques régissant la prise en charge des prestations

#### **LAMal**

En principe, les prestations remboursée par l'**AOS** doivent être efficaces, adéquates et économiques selon les dispositions de la **LAMal**, en clair, elles doivent modifier l'état du patient ou l'idée qu'on se fait du cas pour les prestations diagnostic, et ceci au meilleur prix. Il appartient au médecin traitant d'en décider à moins que des dispositions juridiques précisent certaines conditions de prise en charge, comme c'est le

cas par exemple pour les médicaments qui ne sont remboursés par l'**AOS** qui s'ils figurent dans la Liste des Spécialités. Il en est de même pour les prestations de l'AI, de la **LAA** et, dans la plupart des cas, celles remboursées par les assurances complémentaires relevant de la **LCA**. Quelques articles de cette loi qui concernent la pédiatrie, méritent mention ici.

#### *Art. 27:*

Les affections congénitales qui ne sont pas l'objet de prestations de l'AI sont prises en charge par les caisses maladie, à leurs conditions. «A leurs conditions» signifie entre autres que les caisses maladie ne remboursent pas obligatoirement les mêmes prestations que l'Assurance invalidité, de cas en cas.

#### *Art. 10, OPAS:*

La logopédie et l'orthophonie sont soumises aux mêmes cautions. Les indications justifiant une prise en charge sont restrictives et bien définies; notamment, ne sont pas des indications les troubles développementaux, sans substrats organiques chez des enfants ne relevant pas de prestations de l'assurance invalidité. La notion de prise en charge «lors de séquelles d'infections» inclut des cas d'infections des cordes vocales et leurs séquelles; elles excluent des prises en charge pour des infections à distance fussentelles de la zone ORL.

#### *Art. 12, OPAS:*

Les mesures de prévention primaire figurant aux lettres a, b, d, f, h, i, j, k, l sont des prestations obligatoires de l'**AOS** pour l'enfant.

**Annexe 1, OPAS:**

La prise en charge des prestations ci-dessous a été contestée. La Commission fédérale des prestations a statué à leur sujet. *Sont des prestations obligatoires de l'AOS:*

- monitoring des apnées du nouveau-né
- pipi stop
- thérapie par le jeu et la peinture sous la surveillance directe du médecin
- électrostimulation de la vessie en cas de troubles organiques de la miction
- traitement au laser du naevus télégiectasique
- embolisation d'hémangiomes du visage

*N'est pas une prestation obligatoire de l'AOS:*

- Le traitement par la technique de l'oreille électronique (Tomatis). Il est souvent remboursée en tant que prestation d'assurance complémentaire.
- D'autres dispositions de cette annexe 1 concernent à la fois les enfants et les adultes. Elles ne sont pas mentionnées ici.

**Quelques précisions**

- Les examens de bonne santé et de développement doivent être pratiqués selon les recommandations de la Société suisse de pédiatrie (Manuel «Examens de dépistage»). Ils sont facturés différemment dans chaque canton, mais seront uniformément remboursés dès l'entrée en vigueur du TARMED.

- Les vaccins sont pris en charge selon le schéma officiel de l'Office fédéral de la Santé publique. Chaque caisse maladie a sa politique de prise en charge sur les assurances complémentaires pour les vaccins qui sont proposés, mais qui ne figurent pas encore sur la liste des vaccins obligatoirement pris en charge. Elles peuvent se référer aux indications médicales publiées par INFOVAC, et la Commission suisse de vaccination.

**AI**

Dans l'esprit de l'AI ne sont prises en charge que les prestations susceptibles d'améliorer la capacité de gain future, ou la vie sociale.

*L'AI alloué, aux mineurs:*

- *des prestations de soins pour le traitement d'affections congénitales figurant dans l'OIC.* Leur traitement est assumé dès le jour des 20 ans obligatoirement par la caisse maladie, mais aux conditions de celle-ci.
- *de mesures éducatives* sous la forme de subventionnement d'institutions à but éducatif ou d'ateliers protégés, ou par l'octroi de prestations individuelles définies dans la Circulaire concernant la formation scolaire spéciale et dans celle concernant les mesures pédagogothérapeutiques.
- *des mesures médicales de réadaptation et des moyens auxiliaires:* la liste de ces prestations figure dans la Circulaire concernant les mesures

médicales de réadaptation et les Directives concernant la remise de moyens auxiliaires.

**Jurisprudences**

(Valables dans le cadre de la LAMal et de l'AI)

- *Psychothérapie en cas de déficience mentale (jurisprudence cantonale):* des prestations très restrictives sont accordées si un rapport précise le but à atteindre et si un résultat significatif est envisageable.
- *Physiothérapie et mongolisme* (Arrêt non publié du TFA du 2 novembre 1993, n° K 90/93): la physiothérapie selon Bobath est admise, à la charge de la caisse jusqu'au moment où l'enfant acquiert la capacité de marcher.
- *Prise en charge d'analyses chromosomiques par l'AI* (Pratique VSI 1999; 2:43): ces actes diagnostics ne sont pas considérés comme des mesures médicales au sens de l'Art. 12 S LAI. Ils ne remplissent pas les conditions de prises en charge prévues par l'art. 78 al. 3 RAI.

**Rôle des médecins d'assurances (des caisses-maladie et de l'AI)**

La surveillance des traitements ambulatoires porte dans un premier temps sur la séparation des traitements à la charge de la caisse maladie ou de l'AI, et celles prises en charge par les assurances complémentaires. En principe, en tant qu'administrateurs de la LAMal, les médecins-conseils doivent s'assurer que les prestations prescrites et facturées sont efficaces,

adéquates et économiques, comme dit plus haut ou figurent dans des listes (Liste des spécialités, des analyses, OPAS, ou circulaires de l'AI, etc). En fait, il faut évaluer les indications aux différentes thérapies et les aspects quantitatifs surtout de la conduite des traitements, soit leur durée, et le nombre de séances prescrites ou effectuées.

### **Ergothérapie**

Sa prescription devenant plus fréquente, sa prise en charge vient d'être objet de discussions entre les différents partenaires. L'indication majeure est le traitement de l'affection définie par le code ICD-10 F 82, chez les patients *gravement* atteints. Les états hyperkinétiques selon code ICD-10 F90 sont pris en charge par les caisses maladie chez les enfants ne relevant pas de l'AI. Chez un enfant atteint d'une maladie au sens du diagnostic F 82 ICD-10 de gravité moyenne, des prestations peuvent être allouées si des pathologies additionnelles sont diagnostiquées, telles que définies par les codes ICD-10 F43, 44, 45, 84, 95, 98, G80, R48.2).

Ces thérapies sont longues et coûteuses. Le médecin-conseil est donc en droit d'exiger au moins une évaluation initiale par un neuropédiatre. Il s'agit par ailleurs de différencier les mesures psychopédagogiques de celles de l'ergothérapie. Une étude prospective est en cours pour évaluer les effets de l'ergothérapie et le déroulement du traitement, très mal étudiés jusqu'ici. A cet effet, il est demandé de remplir une feuille d'évaluation anonymisée, à l'intention de Santésuisse.

Dans la règle, 24 séances sont accordées pour 6 mois, et le cas est réévalué sur la base d'un rapport au médecin-conseil. Le traitement est continué, ou peut être interrompu définitivement ou pour une période d'au moins 6 mois.

### **Conseils nutritionnels en cas d'obésité**

La Commission de nutrition de la Société suisse de Pédiatrie recommande leur prise en charge selon les modalités suivantes:

#### *Indication:*

BMI supérieur au percentile 97 des BMI pour l'âge selon les courbes du service de Santé de la jeunesse de Genève (1995), ou celles issues de l'étude longitudinale de Zürich (1989) publiées par Nestlé, pour la Suisse. Pas de nécessité de la présence d'affections secondaires à la surcharge pondérale ou qui y sont associées comme chez l'adulte, celles-ci ne survenant que plus tard.

#### *Nombre de séances:*

Prise en charge de 6 séances en tout, exceptionnellement de 12. Les suivis diététiques des patients anorexiques ne sont pas des prestations obligatoires.

#### *Physiothérapie respiratoire:*

Les bronchopneumopathies obstructives et hypersécrétantes nécessitent souvent une physiothérapie respiratoires de désencombrement. La fréquence va de 1 à 7 séances par semaine, sur une durée de 1 à 6 semaines. Dans la plupart des cas, 24 séances suffisent. En cas de pneumopathie chronique non reconnue par l'AI, la durée du traitement par physiothérapie

peut largement dépasser 6 semaines, à une fréquence bi ou trihebdomadaire, ou quotidienne en cas de rechute.

### **Traitements hospitaliers**

Initialement, la nécessité de procéder à un diagnostic ou un traitement en milieu hospitalier, semihospitalier ou ambulatoire doit être évaluée. Quelques situations pédiatriques sont mentionnées ci-après:

- *les cas d'anorexie* justifient les plus longs séjours en service de pédiatrie; la durée de l'hospitalisation est souvent objet de demande d'explications de la part du médecin-conseil qui n'est la plupart du temps pas informé du diagnostic.
- *les corrections de malformations gênant par leur caractère disgracieux*, mais n'ayant pas valeur de maladie (de type oreille décollée) sont souvent l'objet de prestations bénévoles. Il appartient au médecin-conseil de décider, le cas échéant, de leur valeur de maladie.
- *les hospitalisations des enfants battus* sont à la charge des caisses dans la mesure où dans un premier temps, elles ont un but diagnostic de ce qu'on considère être une maladie sociale et de ses conséquences qui peuvent avoir en soi valeur de maladie.
- *la prise en charge du séjour en hôpital d'un NN sain avec sa mère*, malade, hospitalisée en dehors du cadre de la maternité n'est objet d'aucune convention. Ce séjour ne peut en aucun cas être considéré comme une hospitalisation en service

aigu. Chaque caisse et chaque clinique a ses habitudes sur ce point.

- se pose souvent le problème de la prise en charge d'interventions ou d'examens médicaux pratiqués *en hôpital ou ambulatoirement, ou en semihospitalisation* (séjour de moins de 24 heures pour un traitement ou des mesures diagnostiques comportant un certain risque et justifiant une surveillance en milieu hospitalier). Les médecins-conseils devront de plus en plus intervenir pour décider si telle ou telle intervention relève d'une prise en charge en ambulatoire, ou en séjour semi hospitalier ou hospitalier. Les prestations requérant une prise en charge en semihospitalier sont objet de listes et de convention cantonale jusqu'ici très variables. Est souvent litigieuse la prolongation au delà de 24 heures d'un séjour initialement prévu comme semihospitalier. L'instabilité métabolique ou clinique, le recours à des techniques additionnelles de soins, la douleur, des facteurs sociaux du type éloignement de l'hôpital, ou difficultés de parvenir rapidement à l'hôpital peuvent être des critères justifiant une prolongation de ces séjours au delà de 24 heures. Des durées prolongées en fonction de facteurs organisationnels hospitaliers ou familiaux ne sont pas acceptées en principe.
- la toujours très litigieuse prise en charge des examens pédiatriques du nouveau-né normal dans les maternités est l'objet de conventions cantonales, actuellement.

### **Evaluation des risques**

(pour admission dans des assurances complémentaires LCA)

Rappelons que les assurances complémentaires d'hospitalisation prévoient le remboursement de la différence entre les coûts d'un séjour au tarif AI et ceux d'une hospitalisation en service privé. Des exclusions concernant les affections prises en charge par l'AI doivent donc être envisagées le cas échéant.

Les *allergies respiratoires* sont les affections ambulatoires chroniques les plus fréquentes de l'enfant. Leur coût, dans les cas simples, majoritaires, est faible. Les hospitalisations sont rares dans l'ensemble des cas traités et courtes.

Les *affections psychiatriques* ont un potentiel évolutif très imprévisible. Il est justifié de refuser l'octroi d'assurances complémentaires en cas de pathologie de type déficitaire ou en cours de traitement, ou d'exiger une période sans traitement, ni surveillance médicale psychiatrique de quelques années.

Le *Sida ou la séropositivité* peuvent être assortis de réserve ou d'exclusion dont le libellé sera: «infection HIV et ses suites».

Les contrôles de coûts deviennent un sujet brûlant dont vont s'occuper politiciens, assureurs. Il importe que les médecins y veillent activement entre eux, et avec leurs partenaires médecins-conseils, pour que les limitations de prises en charges relèvent de décisions médicales et non politiques.

A. Vaucher, Lausanne