

Prise en charge du reflux gastro-oesophagien par l'AI

Olivier Reinberg, Sabine Vasseur Maurer, Lausanne

Autrefois le reflux gastro-oesophagien (RGO) n'était pas pris en charge par l'Assurance Invalidité (AI) tant qu'il était traité conservativement. L'AI acceptait la prise en charge dès qu'il y avait traitement chirurgical. Depuis quelques années est apparue la notion de la date d'apparition du reflux gastro-oesophagien, à savoir que l'AI entre en matière s'il s'agit «(...) d'un reflux gastro-oesophagien congénital lorsque, chez un nourrisson qui **vomit régulièrement après chaque repas depuis sa naissance**, on diagnostique **radiologiquement** une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà du premier mois de vie» (CMRM, ch. 280, teneur valable entre le 1.1.2012 et le 29.02.2012). Suite aux modifications de la CMRM entrées en vigueur le 1.3.2012, le ch. 280 de cette circulaire a été désormais libellé de la façon suivante, encore plus restrictive: «Il faut reconnaître l'existence d'un reflux gastro-oesophagien congénital lorsque, chez un nourrisson qui **dès sa naissance** vomit régulièrement et **en abondance après les repas**, on diagnostique radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà du premier mois de vie **et qu'un retard de croissance staturo-pondéral est médicalement attesté et documenté**».

Nous disposons d'une quinzaine de dossiers où la prise en charge chirurgicale d'un RGO a été refusée par l'OAI, dont certains avec hernie hiatale majeure, au prétexte qu'ils ne remplissaient pas ces critères très exclusifs néonataux. Cependant, nous avons déjà eu connaissance de recours effectués par des parents contre des décisions de l'AI, comme l'affaire AI 375/07-15/2008 dans le Canton de Vaud. Mais dans ce cas précis le recours avait été admis après qu'il eût pu être démontré que l'enfant vomissait dès la naissance.

Un récent recours (AI206/11-150/2012) contre une décision de l'AI du Canton de

Vaud fait jurisprudence dans l'interprétation du RGO et son argumentaire est d'intérêt général.

Dans ce cas, l'OAI ne contestait pas que l'enfant présentait un RGO ayant nécessité un traitement chirurgical. Cependant, l'OAI a refusé la prise en charge du traitement du RGO de cet enfant sous chiffre OIC 280, au motif que celui-ci n'était pas congénital, sous prétexte que le dossier médical ne mentionnait pas des vomissements dès la naissance ou juste après. Il était par contre retenu que l'enfant présentait dès la naissance des douleurs, des réveils nocturnes, puis ultérieurement une dysphagie aux morceaux, un mérycisme, un refus des produits acides, des mouvements de Sandifer, un désintérêt pour la nourriture. Les investigations réalisées à l'âge de 5 ans, ont démontré la présence d'une hernie hiatale au TOGD, un RGO en pH-impédancemétrie et un endo-brachy oesophage à l'endoscopie, tous ces signes et symptômes résultant du RGO.

Le recours contre cette décision a fait valoir que si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où elle est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al 1 phr 3 OIC). L'infirmité tomberait alors sous le coup de l'art. 13 LAI qui admet qu'elle puisse ne pas être reconnaissable à la naissance accomplie, mais que plus tard, lorsqu'apparaissent les symptômes nécessitant un traitement, ceux-ci permettent de conclure que l'affection existait à la naissance. En conséquence il y aurait contradiction entre les exigences restrictives de l'OIC qui exige que les vomissements soient présents dès la naissance et la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1) qui définit l'infirmité congénitale comme toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant, sans exiger des symptômes de maladie (en l'occurrence les vomissements) dès la naissance.

Le 23 février 2011, l'OAI soumettait le cas à l'OFAS pour avis, qui dans sa réponse du 3 juin 2011 persistait dans son interprétation: «le chiffre 280 CMRM doit continuer à être appliqué de manière stricte. La condition qu'il prévoit (à savoir que l'enfant vomit régulièrement après chaque repas depuis sa naissance) est une condition impérative».

La Cour des assurances sociales du Canton de Vaud (CASSO) a admis le recours dans son arrêt du 8 mai 2012 et l'enfant a droit aux prestations de l'AI. L'OAI du Canton de Vaud a renoncé à exercer son droit de recours auprès du TF. C'est donc l'arrêt de la CASSO du 08 mai 2012 qui fait office de jurisprudence.

Nous ne pouvons que nous réjouir de cette décision, car cette interprétation restrictive révèle une méconnaissance du problème du RGO de l'enfant. En effet, le RGO peut être d'une part lié à une anomalie anatomique (hernie hiatale), mais le plus souvent est un trouble fonctionnel lié à une dysmotilité de l'oesophage de l'enfant. Il se retrouve chez un grand nombre de nouveau-nés (jusqu'à 60% des nourrissons de moins de 4 mois) et ce d'autant plus fréquemment qu'ils sont prématurés, ceux-ci présentant une absence de portion d'oesophage abdominal (pseudo-hernie hiatale) et des troubles de la contraction oesophagienne sous forme d'absence de péristaltisme, ou même d'anti-péristaltisme. Ces troubles sont liés d'une part à la faiblesse musculaire néo-natale, et d'autre part à l'immaturité oesophagienne. Ils entraînent un RGO que nous qualifions de simple. Dans l'immense majorité des cas, avec le développement de l'enfant et l'alimentation, ces «anomalies» anatomiques et fonctionnelles disparaissent spontanément au cours des premiers mois de vie et seules 8 à 10% persistent à 2 ans. C'est pourquoi, dans la plupart des RGO du nourrisson, nous ne procédons à aucune investigation et nous recommandons aux pédiatres de les traiter empiriquement par des stratégies de positionnement, par l'épaississement des laits et par un traitement médicamenteux de RGO. Il est encore bon de savoir que le RGO ne se manifeste pas seulement par des vomissements, mais par exemple également par des symptômes respiratoires dont la CMRM n'a pas tenu compte. Enfin la hernie

hiatale qui persisterait au delà de 2 ans n'est en soi pas une indication à opérer et inversement de nombreux RGO pathologiques justifiant un traitement chirurgical n'ont pas de hernie hiatale.

Ce n'est que si le reflux persiste au-delà d'un certain âge que l'on ne peut plus parler de reflux simple et qu'il y a lieu d'investiguer pour en comprendre les causes et modifier le traitement. Selon les sources de la littérature, cette limite d'âge est variable et est située entre six mois et un an, mais parfois plus tard pour certains auteurs.

La position de l'AI qui consiste à dire que le reflux opéré n'est pris en charge que s'il a été présent chez un nourrisson qui vomit régulièrement à chaque repas depuis sa naissance et qui a été investigué dans les premières semaines de vie par un transit oesophagien pour démontrer une hernie hiatale presque obligatoire à cet âge, est déraisonnable. Si on suivait cette attitude, nous devrions encourager nos collègues néonatalogues et pédiatres à effectuer des examens radiologiques précoces à cette immense population de bébés vomisseurs qui n'ont qu'un reflux simple. En outre, on surdiagnostiquerait le nombre de hernies hiatales, ce qui pourrait inciter à des interventions abusives. Enfin, cela méconnaît les autres techniques d'investigation, moins coûteuses et moins invasives, comme par exemple la pH-métrie ou la pH-impédancemétrie.

Indépendamment de cette problématique, certains enfants présentent une fréquence plus élevée de RGO que la population générale. Il s'agit d'enfants présentant des malformations (atrésie de l'oesophage, hernie diaphragmatique) et les enfants présentant des troubles neurologiques.

L'association des handicaps neurologiques et du RGO est connue depuis très longtemps et une abondante littérature a été produite dès les années 1980, étayée par la théorie de T. Gershon du cerveau entérique (1999). On retrouve dans la littérature des reflux associés à ces situations à des fréquences variant entre 30 et 60% des cas. Le reflux est d'autant plus grave et fréquent que l'enfant est grabataire. Ceci s'explique par le fait que si l'enfant est alité et/ou malnutri, la musculature

s'affaiblit et de ce fait le hiatus oesophagien devient de moins en moins compétent. Par ailleurs, les troubles neurologiques centraux affectent l'oesophage de façon variable dans la durée et dans le temps, comme c'est le cas pour les troubles neurologiques dont souffrent les enfants. Pour nous, il est donc clair que le RGO fait partie intégrante des manifestations de ces troubles neurologiques. Il faut reconnaître que les symptômes du RGO chez ces enfants sont beaucoup plus difficiles à interpréter que chez un enfant sain, même pour des praticiens ayant une grande habitude de ces pathologies, et que de ne fait ils peuvent être objectivés que beaucoup plus tard.

Pour ces enfants porteurs de troubles neurologiques, le lien est parfois accepté, parfois refusé, sans qu'il y ait de logique véritable et avec de grandes variations inter-cantoniales. Ainsi chez certains encéphalopathes sévères avec un RGO massif et des troubles de la nutrition nécessitant la pose d'une gastrostomie, le lien de causalité est accepté mais le cas est refusé au prétexte que la pathologie de base n'est pas AI, tandis que d'autres cas acceptés par l'AI pour leur pathologie de base neurologique sont refusés sous prétexte que le lien n'est pas clair.

Lors de la cure d'atrésie de l'oesophage (OIC 271), la traction sur les deux segments oesophagiens pour réaliser l'anastomose, en particulier sur le segment distal, ouvre l'angle de His et induit un RGO. En outre l'interruption de l'oesophage propre à cette malformation fait que le segment distal à l'atrésie a une innervation anormale et présente souvent une dysmotilité avec ipso facto une mauvaise clearance oesophagienne que l'on peut démontrer par pH-métrie à 2 capteurs et par manométrie. Nous avons pu faire admettre à plusieurs AI cantonales le lien qui pouvait exister entre le RGO et l'atrésie de l'oesophage.

Dans la hernie diaphragmatique congénitale (CDH) (OIC 281), le déficit musculaire du diaphragme peut inclure le pilier homolatéral qui est donc absent. Même en présence de celui-ci, la fermeture de l'orifice musculaire, qu'elle soit faite directement ou à l'aide d'un patch, modifie considérablement l'anatomie du hiatus

oesophagien et induit un RGO décrit dans plus de 60% des cas de CDH. Du point de vue asséurologique, nous n'avons pas pu convaincre l'AI dans le cas d'un enfant avec une très sévère CDH gauche, absence du pilier gauche et RGO massif qui a été refusé tant comme pathologie liée à la CDH (OIC 281) que comme RGO (OIC 280), mais cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

AI	Assurance Invalidité
CASSO	Cour des assurances sociales (du Canton de Vaud)
CMRM	Circulaire sur les Mesures de Réadaptation Médicales de l'AI éditée par l'OFAS
LAI	Loi sur l'Assurance Invalidité
OAI	Office de l'Assurance Invalidité
OFAS	Office Fédéral des Assurances Sociales
OIC	Ordonnance sur les Infirmités Congénitales
TF	Tribunal Fédéral

Correspondance

Prof. Olivier Reinberg
Service de Chirurgie Pédiatrique
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CH-1011 Lausanne
olivier.reinberg@chuv.ch