



27 février 2012

## Lettre circulaire AI n 308

### Soins pédiatriques à domicile d'après l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 14 LAI<sup>1</sup>

Les effets de la lettre circulaire AI n° 297 du 1<sup>er</sup> février 2011 ont été analysés et discutés avec les organisations impliquées. La lettre circulaire a été adaptée et a désormais la teneur suivante :

L'expérience montre qu'il est souvent difficile d'effectuer dans la convention API-SSI la distinction requise entre les mesures médicales prévues à l'art. 13 LAI (en relation avec l'art. 14 LAI) et les prestations en espèces de l'allocation pour impotent (API) / du supplément pour soins intenses (SSI). Régulièrement portée devant la justice, cette question a largement été clarifiée par l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_81/2010 du 7 juillet 2010, dont voici le résumé : « *Des dispositions en vue de soins à domicile, dont la mise en œuvre ne nécessite pas de qualification professionnelle du point de vue médical, ne constituent pas des mesures médicales au sens de l'art. 13 al. 1 en liaison avec l'art. 14 al. 1 let. a LAI et l'art. 2 al. 3 OIC, mais elles ouvrent droit, le cas échéant, à une allocation pour impotent et à un supplément pour soins intenses (consid. 7 et 10).* »

Cet arrêt du Tribunal fédéral a permis d'établir la liste exhaustive des prestations de soins pédiatriques à domicile qui peuvent être prises en charge par l'AI en tant que mesures médicales au sens des art. 13 et 14 LAI :

#### Prestations de soins pédiatriques à domicile pouvant être prises en charge en tant que mesures médicales au sens des art. 13 et 14 LAI

Mesures d'instruction et de conseil	Temps maximal pouvant être pris en charge <sup>2</sup>
Détermination et documentation des soins nécessaires et de l'environnement du patient (de l'assuré), et planification des mesures nécessaires (= diagnostic et objectifs des soins) en accord avec le médecin, l'assuré et d'autres services éventuellement impliqués (y compris détermination ultérieure des besoins et consultations médicales par téléphone)	5 heures par cas nécessitant des soins et/ou révision
Conseil et instruction de l'assuré ainsi que des personnes intervenant à titre non profession-	

<sup>1</sup> Remplace les lettres circulaires AI n°s 177 du 1<sup>er</sup> mai 2003 et 297 du 1<sup>er</sup> février 2011.

<sup>2</sup> Cf. l'explication du tableau.

<p>nel dans la mise en œuvre des soins, notamment en relation avec la maladie, la prise de médicaments ou l'utilisation d'appareils médicaux. Instructions sur les tâches de soin et la réalisation des contrôles nécessaires. Les prestations d'instruction doivent être documentées de manière détaillée.</p> <p style="text-align: right;">Depuis le début des soins à domicile, au total</p> <p style="text-align: right;">puis</p> <p>Mesures de coordination pour les situations de soin à la fois très complexes et très instables</p> <p style="text-align: right;">Personnes en phase terminale</p>	<p style="text-align: right;">45 heures les trois premiers mois</p> <p style="text-align: right;">35 heures par an</p> <p style="text-align: right;">6 heures par semaine</p> <p style="text-align: right;">Demande par le médecin traitant en collaboration avec le spécialiste prodiguant les soins</p>
--	---

<b>Mesures d'examen et de traitement</b>	<b>Temps maximal pouvant être pris en charge</b>
Evaluation de l'état général (y compris la prise des constantes vitales)	10 minutes par intervention <sup>3</sup>
Prélèvement pour examen de laboratoire	20 minutes par prélèvement
Mesures de thérapie respiratoire (par ex. administration d'oxygène, inhalation, exercices respiratoires simples, aspiration), si aucune mesure physiothérapeutique n'a été décidée	120 minutes par intervention
Pose de sondes et/ou de cathéters, ainsi que les mesures médicales qui y sont liées	35 minutes par intervention
Mesures médicales en cas d'alimentation entérale ou parentérale, y compris préparation et mise en œuvre	120 minutes par jour
Mesures médicales en cas de dialyse péritonéale	120 minutes par intervention, mais au max. 12 heures par semaine
Préparation et administration de médicaments - voie orale, sous-cutanée, intramusculaire, anale ou transdermale, ou sonde - voie intraveineuse ou courtes perfusions  - transfusion, anti-viraux, cytostatiques	<p style="text-align: right;">45 minutes par intervention</p> <p style="text-align: right;">60 minutes par médicament plus 45 minutes pour chaque médicament suppl. administré par intraveineuse</p> <p style="text-align: right;">2 heures par intervention</p>
Surveillance et évaluation en cas de problèmes cutanés complexes et importants, y compris traitement médical de plaies, de cavités, soins de stomatologie, etc.	60 minutes par intervention

<sup>3</sup> L'expression « par intervention » désigne une présence ininterrompue auprès de l'assuré (depuis l'arrivée chez celui-ci jusqu'au départ de son domicile). Plusieurs interventions par jour peuvent être prévues si la situation médicale l'exige.

Epidermolyse bulleuse	120 minutes par intervention
Mesures médicales de balnéothérapie en cas de problèmes cutanés complexes	30 minutes par intervention
Mesures médicales en cas de troubles de la miction ou de la défécation	60 minutes par intervention
Contrôle des symptômes et mesures médicales correspondantes pour les personnes en phase terminale	Demande par le médecin traitant en collaboration avec le spécialiste prodiguant les soins
Dans les situations où il faut prévoir des interventions médicales d'urgence 24 heures sur 24 (comme prestation unique, non cumulable avec d'autres prestations de la catégorie « Mesures d'examen et de traitement »)	8 heures par jour au maximum (prestation unique)

### Explication du tableau :

La liste ci-dessus énumère les prestations pouvant être fournies par une organisation d'aide et de soins à domicile aux frais de l'AI, à moins que les parents ou d'autres proches ne s'en chargent à titre bénévole dans la mesure de leurs capacités.

Cette liste doit être utilisée pour déterminer le temps nécessaire pour les prestations médicalement justifiées dans chaque cas. La colonne de gauche présente de manière exhaustive les prestations pédiatriques considérées comme mesures médicales à domicile conformément à l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 14 LAI. Les valeurs indiquées dans la colonne de droite (« temps maximal ») constituent un plafond qui tient compte des situations très difficiles nécessitant beaucoup de temps, ainsi que du temps nécessaire à la tenue des dossiers. Dans la majorité des cas, le temps nécessaire pour les soins devrait donc être inférieur au plafond indiqué. Attention : il n'existe en aucun cas un droit à la prise en compte forfaitaire des durées indiquées.

Celles-ci constituent les plafonds applicables lorsque les prestations sont effectuées séparément. Mais lorsque plusieurs prestations sont prévues, il faut tenir compte du fait que certaines d'entre elles peuvent être réalisées en parallèle. Il n'est donc pas question d'additionner les plafonds des différentes prestations : il faut déterminer la durée de présence nécessaire du spécialiste des soins en tenant compte des actes pouvant être effectués en parallèle.

Dans les cas exceptionnels où une situation de soin spéciale nécessite des interventions bien plus longues que le plafond indiqué, le médecin traitant peut, de concert avec le spécialiste prodiguant les soins, formuler une demande dûment justifiée de prise en charge de la différence auprès de l'office AI compétent.

La dernière position (« Dans les situations où il faut prévoir des interventions médicales d'urgence 24 heures sur 24 ») est considérée comme une prestation unique. Elle n'est donc pas cumulable avec d'autres prestations de la catégorie « Mesures d'examen médical et de traitement ». Cette règle s'appuie sur le fait que la présence d'un spécialiste des soins plusieurs heures par jour suffit pour effectuer également toutes les autres mesures médicales susmentionnées. La prestation ne doit par ailleurs pas simplement viser à soulager les parents.

La liste ci-dessus vise à aider les offices AI à évaluer les besoins de soins.

Un formulaire de demande sous forme d'ordonnance médicale a été créé afin d'aider les offices AI dans leur évaluation, d'accélérer la procédure et d'obtenir une solution pour la mise en œuvre des

mesures prévues satisfaisant les médecins responsables, les parents et les organisations d'aide et de soins à domicile. Ce formulaire doit être remis au préalable à l'office AI compétent pour toute première demande (principalement pour les enfants en séjour hospitalier ou après un séjour hospitalier). Le but de l'ordonnance est que les médecins/services de soins des hôpitaux clarifient avec les parents l'étendue des mesures nécessaires à domicile et déterminent celles dont ces derniers peuvent se charger. En signant ce même formulaire, l'organisation d'aide et de soins à domicile confirme ensuite qu'elle accepte la répartition des tâches prévue et qu'elle couvrira/peut couvrir le besoin de soins (cf. aussi les explications relatives à la manière de remplir l'ordonnance).

L'AI renonce délibérément à une réglementation détaillée afin de laisser aux offices AI une marge suffisante pour l'évaluation des situations individuelles. Pour les cas de longue durée ou très lourds, il faut déterminer s'il est souhaitable d'effectuer un examen sur place avec un spécialiste de l'organisation d'aide et de soins à domicile impliquée. La décision concernant les prestations maximales de soins pédiatriques à domicile pouvant être prises en charge par l'AI incombe exclusivement à l'office AI compétent.

Les autres prestations fournies par l'organisation de prestations pédiatriques à domicile mais non octroyées par l'AI ne sont pas prises en charge par cette dernière. La facturation du matériel d'usage courant est effectuée en appliquant les montants maximaux de la liste des moyens et appareils (LiMA) de l'annexe 2 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Les prestations à prendre en compte pour l'allocation pour impotent (API) et le supplément pour soins intenses (SSI) sont mentionnées dans la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI). En fait notamment partie la surveillance permanente (ch. 5.2.2.2 CIIAI, et art. 39, al. 3, RAI).

La décision communiquée aux assurés doit indiquer dans deux rubriques séparées le temps pris en charge par l'AI au titre des « mesures d'instruction et de conseil » et celui au titre des « mesures d'examen et de traitement ». De même, il faut veiller, lors du contrôle des factures, à ce que les deux catégories restent séparées et que chacune soit décomptée avec le tarif correspondant.

#### Tarif pour les prestations de soins à domicile au sens de l'art. 13 en relation avec l'art. 14 LAI :

La « loi sur le nouveau régime de financement des soins » dans l'assurance-maladie est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Elle prévoit une homogénéisation des tarifs des soins à domicile, jusque-là cantonaux, grâce à l'introduction de trois tarifs uniformes : 79 fr. 80 (instruction et conseil), 65 fr. 40 (examen et traitement) et 54 fr. 60 (soins de base).

L'OFAS considère que les tarifs des mesures d'instruction et de conseil (79 fr. 80 l'heure) et des mesures d'examen et de traitement (65 fr. 40 l'heure) sont applicables aux prestations de soins à domicile à la charge de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. En revanche, il estime que le tarif des soins de base (54 fr. 60 l'heure) n'est pas applicable étant donné que les prestations de soins de base sont déjà couvertes par l'allocation pour impotent (API) et le supplément pour soins intenses (SSI).

Les tarifs cantonaux de prestations de soins à domicile peuvent continuer de s'appliquer en lieu et place des nouveaux tarifs pendant un délai transitoire de 3 ans, soit jusqu'à fin 2013 au plus tard. Voici la position de l'Office fédéral de la santé publique à ce sujet : « *En vertu de l'al. 2 de la disposition transitoire de la loi fédérale du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, les tarifs et conventions tarifaires valables à l'entrée en vigueur de la modification doivent être alignés dans un délai de trois ans sur les contributions aux soins fixées par le Conseil fédéral. L'adaptation des tarifs actuels aux contributions aux soins fixées par le Conseil fédéral conformément à l'art. 7a OPAS incombe aux cantons. Elle doit être effectuée d'ici au 31 décembre 2013.* »

Toutes les règles indiquées s'appliquent également par analogie aux prestations fournies par des spécialistes des soins indépendants et facturées conformément à la convention tarifaire de

l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) du 25 octobre 1999. La révision et l'adaptation de la convention tarifaire ont été lancées en 2011.

Dispositions transitoires :

1. Les nouvelles demandes doivent être appréciées selon les dispositions de la présente lettre circulaire, même si elles concernent des prestations fournies avant son entrée en vigueur.
2. Les prestations déjà octroyées pour une période limitée ne doivent être appréciées selon les dispositions de la présente lettre circulaire qu'au terme de cette période, à moins qu'il y ait un motif de révision.
3. Les prestations déjà octroyées sans limite de durée doivent être appréciées selon les dispositions de la présente circulaire uniquement si un motif de révision se présente ou à partir de la prochaine révision ordinaire.
4. A la demande de l'assuré, les cas qui ont déjà été adaptés en application de la lettre circulaire n° 297 seront réexaminés à la lumière de la présente lettre circulaire. Si les droits de l'assuré sont plus élevés en vertu de cette dernière, une adaptation est effectuée même en l'absence de motif de révision. Cette adaptation prend effet au 1<sup>er</sup> mars 2012.

La présente lettre circulaire entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2012.

Annexe : Formulaire « Ordonnance de soins à domicile »