

Office fédéral des assurances sociales

**Circulaire
concernant la statistique des infirmités et des
prestations
(CSIP)**

Valable dès le 1^{er} janvier 2004

Diffusion :
OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne
verkauf.zivil@bbl.admin.ch
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

318.108.04 f

Table des matières

Definitions et abréviations	5
A. Définitions	5
B. Abréviations	6
1. But	7
2. Champ d'application	7
3. Domaines statistiques	7
3.1 Demandes	7
3.1.1 Rythme des annonces, annonce à la CC	8
3.1.2 Définition des données	8
3.1.2.1 Demande	8
3.1.2.2 Date de l'entrée de la demande	9
3.1.2.3 Assurance	9
3.1.2.4 Formulaire	9
3.1.2.5 Première demande	9
3.1.2.6 Perception d'indemnités journalières de l'AC10	
3.2 Décisions ou communications concernant les mesures individuelles	11
3.2.1 Rythme des annonces, annonce à la CC	11
3.2.2 Codification de l'infirmité, de l'atteinte fonctionnelle et de la prestation.	12
3.2.3 Codification des infirmités	12
3.2.3.1 Principe	12
3.2.3.2 Le choix du code de l'infirmité	13
3.2.4 Codification des atteintes fonctionnelles	14
3.2.5 Codification des prestations	14
3.2.6 Le choix du code de la prestation	15
3.2.6.1 Les mesures médicales	15
3.2.6.2 Les mesures d'ordre professionnel	16
3.2.6.3 Les mesures de formation scolaire spéciale	18
3.2.6.4 Les moyens auxiliaires de l'AI	19
3.2.6.5 Les moyens auxiliaires de l'AVS	19
3.2.6.6 Les données concernant la facturation	20
3.2.7 Procédure	20
3.2.7.1 Généralités	20

3.2.8	Décisions ou communications concernant les mesures d'instruction	21
3.2.9	Allocation pour impotent et supplément pour soins intenses pour mineurs	21
3.3	Prononcés concernant les rentes et les allocations pour impotent pour majeur	21
3.3.1	Communication d'un prononcé à la CC concernant des rentes ou des allocations pour impotent pour majeur	21
3.3.2	Rythme d'annonce, annonce à la CC	22
3.3.3	Définition des données	22
3.3.4	Décisions concernant les rentes et les allocations pour impotent pour majeur	23
3.4	Refus des demandes et clôture de la procédure	23
3.4.1	Rythme d'annonce, annonce à la CC	24
3.4.2	Définition des données	24
3.4.3	Autre clôture de la procédure	24
3.4.4	Motifs multiples de refus de la demande	25
4.	Annonce à la CC	25
4.1	Rythme d'annonce	25
4.2	Annonce à la CC	25
4.3	Traitement des renvois de la CC	26
5.	Entrée en vigueur et dispositions transitoires	26
6.	Annexe	27

Définitions et abréviations

A. Définitions

Prestation: Terme générique désignant aussi bien des prestations en espèces que toutes les mesures de l'AI et de l'AVS servies à titre de prestations en nature.

Code: remplace le terme *chiffre-clé* et codifier signifie attribuer un code.

La circulaire s'applique aux domaines suivants:

- la demande (art. 65 RAI)
- l'instruction de la demande (art. 69 à 73^{bis} RAI)
- la décision (art. 74 à 76 RAI)

Les chiffres entre parenthèses (p. ex. 318.411.1) renvoient aux publications et aux formulaires de l'AI et de l'AVS qui peuvent être obtenus auprès de l'OFCL.

B. Abréviations

AI	Assurance-invalidité
API	Allocation pour impotent
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CC	Centrale de compensation
COMAI	Centre d'observation médicale de l'AI
COPAI	Centre d'observation professionnelle de l'AI
CSIP	Circulaire concernant la statistique des infirmités et des prestations (318.108.03)
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
n ^o	chiffre marginal
OFCL	Office fédéral des constructions et de la logistique
Office AI	Office de l'assurance-invalidité
OIC	Ordonnance sur les infirmités congénitales
OMAV	Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AVS
OMAI	Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AI
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité
318.000	numéro de commande auprès de l'OFCL

1. But

- 1 La CSIP régleme la saisie des données nécessaires à la surveillance de l'assurance en matière d'AVS et d'AI. La base légale est constituée par les articles 76 et 77 LPGA, 72 LAVS, 64 LAI et 92^{bis} RAI.

2. Champ d'application

- 2 Les directives ci-après sont applicables aux prestations accordées ou refusées dans les domaines suivants:
 - demandes concernant des prestations de l'AI/AVS
 - décisions ou communications sur les mesures de réadaptation de l'AI
 - décisions ou communications aux assurés concernant des moyens auxiliaires remis par l'AVS
 - décisions ou communications aux assurés concernant les mesures d'instruction
 - communications du prononcé concernant une rente d'invalidité ou une allocation pour impotent de l'AI (318.600)
 - communication du prononcé concernant une allocation pour impotent de l'AVS (318.441.1)
 - refus d'accorder les prestations

3. Domaines statistiques

3.1 Demandes

- 3 Les données sont attribuées sous forme codée lors de l'enregistrement de la demande.
- 4 Concernant les demandes, on annonce les données suivantes:
 - code de l'office AI compétent
 - numéro d'assuré à onze chiffres
 - date de la demande

- domicile de la personne assurée
 - en Suisse = numéro postal d'acheminement
 - à l'étranger = nombre-clé selon la liste des Etats
- assurance
- formulaire
- première demande
- perception d'indemnités journalières de l'AC (3 dernières années)

3.1.1 Rythme des annonces, annonce à la CC

- 5 Les annonces sont effectuées conformément aux nos 77 ss.

3.1.2 Définition des données

3.1.2.1 Demande

- 6 Une demande implique le dépôt de l'un des formulaires suivants auprès d'un office AI : "Demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus (318.532)", "Demande de prestations AI pour adulte (318.531)", "Demande et questionnaire d'allocation pour personnes impotentes de l'AI ou de l'AVS (318.267)", "Demande de prestations pour moyens auxiliaires de l'AVS (318.410)" ou "Demande de prise en charge des frais de location d'un fauteuil roulant de l'AVS (318.411)". On considère aussi comme demande à part entière toute demande ultérieure de prestation de la part d'une personne ayant rempli préalablement un des formulaires mentionnés ci-dessus. La date d'une demande ultérieure rédigée est fixée conformément au chiffre 7. Si elle est reçue sous une autre forme (par téléphone), elle doit être ajoutée au dossier et la date sera transmise en conséquence.

3.1.2.2 Date de l'entrée de la demande

- 7 Les offices AI annoncent la date à laquelle le formulaire leur est parvenu.
- 8 La date de remise d'une simple lettre ou d'un formulaire inappropriée équivaut à la date de la demande pour autant que le délai supplémentaire accordé pour la remise de cette demande sur formule officielle soit respecté.

3.1.2.3 Assurance

- 9 Le numéro d'assuré ne permet pas de distinguer les demandes concernant les personnes âgées de plus de 99 ans de celles des enfants. C'est pourquoi on indique l'assurance compétente.

3.1.2.4 Formulaire

- 10 Il est nécessaire d'indiquer à cet endroit le genre de formulaire qui a été déposé:
- "Demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus (318.532)"
 - "Demande de prestations AI pour adulte (318.531)"
 - "Demande et questionnaire d'allocation pour personnes imputentes de l'AI ou de l'AVS (318.267)"
 - "Demande de prestations pour moyens auxiliaires de l'AVS (318.410)"
 - "Demande de prise en charge des frais de location d'un fauteuil roulant de l'AVS (318.411)"

3.1.2.5 Première demande

- 11 Dans les cas suivants, on pourra répondre par l'affirmative à la question de savoir s'il s'agit d'une nouvelle demande:
- "Demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus (318.532)": la réponse est "non"

dans le champ 4.1 du formulaire et il n'existe aucun dossier précédent dans l'office AI.

- "Demande de prestations AI pour adulte (318.531)": la réponse est "non" dans le champ 4.6.1 du formulaire et il n'y a aucun dossier précédent dans l'office AI.
- "Demande de prestations pour moyens auxiliaires de l'AVS (318.410)": on a donné une réponse dans le champ 4 du formulaire, le champ 5 est resté vide et il n'existe aucun dossier précédent dans l'office AI.
- "Demande de prise en charge des frais de location d'un fauteuil roulant de l'AVS (318.411)": la réponse est "non" dans le champ 2 du formulaire et il n'existe aucun dossier précédent dans l'office AI.
- "Demande et questionnaire d'allocation pour personnes imputentes de l'AI ou de l'AVS (318.267)" AVS: la réponse est "non" dans le champ 1.3.2 du formulaire et il n'existe aucun dossier précédent dans l'office AI.
AI: on a répondu "non" dans le champ 1.4.2 du formulaire et il n'existe aucun dossier précédent dans l'office AI.

- 12 Les offices AI cantonaux auxquels l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger adresse des personnes frontalières qui, selon le n° 11, n'ont pas encore bénéficié de prestations de l'AI, annoncent ces cas avec le code 2.

3.1.2.6 Perception d'indemnités journalières de l'AC

- 13 La perception d'indemnités journalières doit être indiquée uniquement si la demande est déposée par le biais du formulaire "Demande de prestations AI pour adulte (318.531)". Si le champ 6.7 de ce formulaire mentionne une perception d'indemnités journalières au cours des trois dernières années, il y a lieu de mentionner le chômage. En cas de doute, on examinera spécialement cette question.
- 14 Si l'on indique des périodes de chômage tantôt partiel, tantôt complet, seule l'information "chômage complet" (code 2) sera transmise.

3.2 Décisions ou communications concernant les mesures individuelles

- 15 Les données sont attribuées sous forme codée lors de la rédaction des décisions ou des communications.
- 16 S'agissant des décisions ou des communications, les données suivantes doivent être annoncées:
- code de l'office AI compétent
 - numéro de la décision
 - numéro d'assuré à onze chiffres
 - date de la décision ou de la communication
 - date de la demande
 - domicile de la personne assurée
 - en Suisse = numéro postal d'acheminement
 - à l'étranger = nombre-clé selon la liste des Etats
 - numéro de prestation ou d'agent d'exécution
 - visa du collaborateur de l'office AI
 - code de l'infirmité
 - code de l'atteinte fonctionnelle
 - code de la prestation
 - prestation selon tarif (si connue)
 - NIF (numéro d'identification du fournisseur) du fournisseur de prestations (si connu)
 - début de validité
 - fin de validité (si prévisible ou estimable)
 - montant maximum
 - code de validité lié à la prestation
 - statut de la décision

3.2.1 Rythme des annonces, annonce à la CC

- 17 Les annonces sont effectuées conformément aux n^{os} 77 ss.

3.2.2 Codification de l'infirmité, de l'atteinte fonctionnelle et de la prestation.

- 18 Les données suivantes seront codifiées:
- le genre de l'infirmité, au moyen du code de l'infirmité à trois positions (III)
 - le genre de l'atteinte fonctionnelle, au moyen du code de l'atteinte fonctionnelle à deux positions (FF)
 - la prestation allouée, au moyen du code de la prestation à trois positions (PPP).
- 19 Les codes sont attribués de la façon suivante:
- décisions ou communications sur les mesures de réadaptation de l'AI: les trois codes.
 - décisions ou communications aux assurés concernant des moyens auxiliaires remis par l'AVS:
 - lors d'une première remise à l'âge AVS: uniquement le code de la prestation;
 - lors d'une remise selon la garantie des droits acquis (art. 4 OMAV): les trois codes.
 - décisions ou communications aux assurés concernant les mesures d'instruction: en général, uniquement le code de la prestation. Si au moment de l'octroi de la mesure l'infirmité et l'atteinte fonctionnelle sont connues: les trois codes.

3.2.3 Codification des infirmités

3.2.3.1 Principe

- 20 La liste des codes des infirmités est composée de deux parties: l'une sur les infirmités congénitales et l'autre sur les maladies et les accidents.
- 21 Les codes 101 à 499 (infirmités congénitales) sont identiques aux chiffres de la liste des infirmités congénitales conformément à l'article 1, al. 2e alinéa, OIC.

- 22 Les codes 501 à 599 sont réservés aux affections congénitales qui ne figurent pas dans l'OIC. Ces codes peuvent s'avérer utiles lorsqu'il s'agit de codifier des décisions ou communications pour la formation scolaire spéciale, les mesures d'ordre professionnel, les moyens auxiliaires ou encore pour les rentes ou les allocations pour impotent.
- 23 Remarque: les codes des infirmités congénitales ne s'appliquent pas uniquement aux assurés ayant moins de 20 ans révolus (cf. n° 26).
- 24 L'énumération des maladies et accidents de la seconde partie est exhaustive. On doit, pour chaque infirmité, distinguer si elle provient d'un accident ou d'une maladie. Pour cette raison, l'énumération comprend une double colonne de codes, chaque infirmité étant munie de deux codes, bien que certaines affections n'aient pas pour origine un accident, ou ne l'aient que très rarement.

3.2.3.2 Le choix du code de l'infirmité

- 25 Toute décision ou communication doit mentionner le code de l'infirmité déterminante pour l'octroi de la prestation.
- 26 Les codes correspondants aux infirmités congénitales sont également applicables aux adultes qui bénéficiaient de prestations de l'AI pour les infirmités correspondantes alors qu'ils avaient moins de 20 ans révolus. Cependant, si pour une infirmité congénitale figurant dans l'OIC, une prestation est servie pour la première fois à un adulte, il faut sélectionner un code dans la deuxième partie de la liste des codes de l'infirmité (maladies et accidents). L'annexe donne quelques exemples permettant de déterminer correctement le code.

3.2.4 Codification des atteintes fonctionnelles

- 27 Des prestations peuvent être allouées sans qu'il y ait nécessairement un trouble fonctionnel, situation rencontrée fréquemment dans le traitement d'une infirmité congénitale. Dans de tels cas, il faut opter pour le code 00. L'annexe donne des exemples permettant de déterminer correctement le code.

3.2.5 Codification des prestations

- 28 Le code de la prestation principale englobe aussi d'éventuelles prestations accessoires. Si ces dernières ont fait l'objet d'une décision séparée, elles doivent être codifiées de la même manière que la prestation principale à laquelle elles se rattachent. Ce principe est notamment applicable aux frais:
- de voyage, de logement et de nourriture en corrélation avec des mesures de réadaptation (voir toutefois le n° 29)
 - de réparations, éventuellement de location de moyens auxiliaires
 - d'entretien de moyens auxiliaires (art. 7, 3^e al., OMAI)
 - d'acquisition d'accessoires et d'adaptation de moyens auxiliaires
 - résultant d'un entraînement particulier des invalides à l'emploi de certains moyens auxiliaires (art. 7, 1^{er} al., OMAI)
 - d'entretien d'un chien-guide pour aveugle (art 7, 4^e al., OMAI).
- 29 Ne sont pas réputées prestations accessoires, mais prestations proprement dites:
- les frais de transport (taxi, voiture privée, moyens de transports publics) ainsi que les subsides aux frais de pension pour la fréquentation de l'école publique (codes 651 et 652);
 - les frais de transport pour parcourir le chemin de travail (code 009 = prestations de tiers). Toutefois, si ces frais

sont directement liés à une formation initiale et font partie intégrante des frais de formation indispensables, on doit leur attribuer le code du genre de formation (401 à 440).

- 30 Si la personne assurée est informée des mesures d'instruction ordonnées par l'AI par une décision ou une communication, le code 299 y figurera. Sont notamment réputées mesures d'instruction celles qui concernent la remise d'un moyen auxiliaire.
- 31 Exceptions au n° 30:
- séjours en COMAI: code 290
 - séjours en COPAI: code 295
 - les mesures d'instruction en lien avec l'orientation professionnelle: code 400 (cf. n° 35)
 - les mesures d'instruction médicales (rapport médical) qui ne font pas l'objet d'une décision ou d'une communication à la personne assurée sont annoncées sous la forme d'une décision numérotée à la Centrale: code 299.
- 31.1 Lorsque l'Office AI constate que des mesures d'instructions auprès d'un COMAI ou d'un COPAI doivent être exécutées, la décision d'exécuter la mesure doit être communiquée même si aucune date n'a encore pu être fixée.
- 31.2 .Lors de mesures d'instruction auprès d'un COMAI ou d'un COPAI il est nécessaire d'indiquer les codes d'infirmités et d'atteintes fonctionnelles.

3.2.6 Le choix du code de la prestation

3.2.6.1 Les mesures médicales

- 32 Le code 300 est utilisé pour toutes les prestations qui sont octroyées sur la base des articles 11, 12, 13 et 14 LAI. Outre les interventions médicales, on code ainsi en particulier:

- les spécialités pharmaceutiques sous forme de médicaments et de produits diététiques (y compris les forfaits);
- la physiothérapie, l'ergothérapie et la psychothérapie;
- l'entraînement visuel (traitement par occlusion, traitement pléoptique et orthoptique);
- la logopédie et l'orthophonie pour les personnes, se trouvant en formation professionnelle;
- la thérapeutique psychomotrice destinée aux assurés ayant moins de 20 ans révolus et souffrant d'une infirmité portant l'un des chiffres suivants de l'OIC: 381, 384, 386, 387, 390, 401 ou 404 et
- les appareils de traitement.

33 Exceptions au n° 32:

- l'implant cochléaire portera le code 330.

34 Les prothèses dentaires et supports plantaires, énumérés à l'art. 21, 1^{er} al., LAI sont munis du code 300 s'ils sont remis à titre d'appareils de traitement à des assurés ayant moins de 20 ans révolus; chez les adultes, ils sont indiqués comme moyen auxiliaire avec le code correspondant, d'après la liste.

3.2.6.2 Les mesures d'ordre professionnel

35 Les mesures d'instruction et les stages d'apprentissage avec des prestataires externes réalisés en vue de déterminer les possibilités de réadaptation d'une personne réadaptable (profession adéquate, capacité de production, résistance aux exigences professionnelles, limites) porteront le code 400. Les mesures d'instruction visant à déterminer la capacité de réadaptation porteront le code 299.

36 Les mesures de formation professionnelle initiale ou de reclassement sont à codifier d'après le degré de formation envisagé (cf. n^{os} 37 à 41), à moins qu'il ne s'agisse d'une préparation à une activité qui sera exercée dans un atelier protégé (440 ou 490), ou d'un reclassement dans la même profession (500).

- 37 Formation supérieure (code 401 ou 451):
- Universités et autres hautes écoles et écoles professionnelles
 - Ecoles et centres de formation accessibles aux titulaires d'un diplôme d'une école secondaire supérieure ou d'un certificat de capacité, qui se préparent à un diplôme de formation supérieure, telle que maîtrise, , diplôme fédéral de comptable, économiste d'entreprise ECCA (Ecole des cadres administratifs et commerciaux) ou ESCEA (Ecole supérieure de cadres pour l'économie et l'administration), assistant social, etc.
- 38 Ecoles secondaires supérieures (code 402 ou 452):
- Ecoles de maturité
 - Ecoles de commerce
- 39 Apprentissages et formations analogues (code 410 ou 460):
- Tous les apprentissages reconnus par les cantons ou la Confédération y compris la formation d'apprentis de Swisscom, La Poste, des CFF et de SWISS.
 - Formations professionnelles à plein temps dans les écoles privées ou publiques et instituts tels qu'écoles de commerce, écoles dispensant une formation paramédicale ou sociale (laborantin, assistante médicale ou dentaire, infirmier, masseur, etc.), écoles d'agriculture, etc.
- 40 Formation élémentaire selon la loi sur la formation professionnelle (code 420 ou 470):
Formations élémentaires reconnues par les cantons ou la Confédération.
- 41 Autres (code 430 ou 480)
Toutes les formations que l'on ne peut pas classer sous les nos 37 à 40.

- 41.1 Pour les aides en capital le code est 510. Pour les prêts autoamortissables le code est 010 : veuillez vous référer au chiffre marginal 48.1.
- 41.2 Lorsque l'Office AI opte de façon interne pour une communication ou une décision en matière d'orientation professionnelle, le code 530 sera utilisé.
- 41.3 Le droit aux indemnités journalière durant la mise au courant correspond au code 540. Précédemment, le code 480 « autre reclassement était utilisé par erreur.
- 41.4 L'aide au placement correspond au code 550.

3.2.6.3 Les mesures de formation scolaire spéciale

- 42 Toutes les prestations octroyées sur la base des art 8 à 8^{quater} RAI porteront le code 600, quels que soient l'organisation responsable de leur exécution (école spéciale, autre institution, tierce personne) et le nombre de décisions rendues. Cela couvre l'enseignement en école spéciale au sens strict et, si nécessaires, le logement et la nourriture à l'extérieur, les mesures pédago-thérapeutiques et les transports de et à l'école spéciale. Les mesures médicales octroyées en plus de l'enseignement en école spéciale porteront le code 300.
- 43 Les mesures portant les codes 610, 620, 630 sont des mesures octroyées aux personnes qui ne suivent pas un enseignement en école spéciale pendant la période s'étendant entre la naissance et la fin la scolarité obligatoire. Si ces mesures sont octroyées après la scolarité obligatoire, elles porteront le code 300: il s'agit en effet de mesures selon les articles 13 et 12 LAI (cf. n^{os} 14–17 de la Circulaire sur le traitement des graves difficultés d'élocution dans l'assurance-invalidité). On codera également avec 300 les mesures médicales (psychothérapie, ergothérapie, physiothérapie, thérapie psychomotrice) accordées en soutien à la logopédie (cf.

n° 13 de la Circulaire sur le traitement des graves difficultés d'élocution dans l'assurance-invalidité).

- 44 Les mesures d'éducation précoce spécialisée porteront le code 640. Le traitement de la dyslexie, la logopédie et l'entraînement auditif/l'enseignement à la lecture labiale en âge préscolaire porteront respectivement les codes 610, 620 et 630.
- 45 Les codes 651 et 652 ne sont utilisés que lorsque l'enseignement a lieu en dehors d'une école spéciale.

3.2.6.4 Les moyens auxiliaires de l'AI

- 46 Les codes des moyens auxiliaires de l'AI découlent des chiffres énumérés à l'annexe de l'OMAI.
- 47 Les indemnités d'amortissement allouées à la personne assurée qui a acquis à ses frais un moyen auxiliaire seront codées comme le moyen auxiliaire proprement dit.
- 48 Le code 070 n'est utilisé que si, au moment de rédiger le prononcé, on n'a pas encore décidé s'il l'on remettra des lunettes ou des verres de contact .
- 48.1 Des prêts autoamortissables en lieu et place d'un moyen auxiliaire portent le code 010.

3.2.6.5 Les moyens auxiliaires de l'AVS

- 49 Si une personne reçoit un moyen auxiliaire pour la première fois à l'âge de l'AVS, on doit utiliser le code de la prestation de l'AVS.
- 50 En cas de garantie des droits acquis dans le régime de l'AI selon l'article 4 OMAV, on doit utiliser les codes de l'infirmité,

de l'atteinte fonctionnelle et de la prestation qui correspondent au droit acquis à l'époque envers l'AI.

- 51 Le code 791 est prévu pour les fauteuils roulants remis en location par l'AVS.
L'annexe donne des exemples permettant de choisir correctement les codes.

3.2.6.6 Les données concernant la facturation

- 52 Le numéro NIF de l'émetteur de la facture qui est attribué par la CC aux fournisseurs de prestation doit être indiqué s'il est connu.
- 53 Si, au moment de la décision, on connaît le coût de la mesure, on doit indiquer dans la décision le montant.
- 54 La définition des autres données s'effectue par la CC.

3.2.7 Procédure

3.2.7.1 Généralités

- 55 L'office AI est responsable de la codification.
- 56 Si un prononcé précédent est modifié en partie suite à l'extension de la prestation ou à la prolongation de la durée d'une mesure, la décision ou la communication correspondante doivent être codifiées comme s'il s'agissait d'un premier prononcé.
- 57 Chaque décision ou communication concernant les mesures individuelles porte un numéro univoque à 14 chiffres:
IIIAAANNNNNNNC
III Numéro de l'office AI
AAAA année de la décision ou de la communication

NNNNNN	numérotation continue de la décision / communication
C	chiffre de contrôle

- 58 Le chiffre de contrôle est calculé selon la définition de la Centrale de compensation.

3.2.8 Décisions ou communications concernant les mesures d'instruction

- 59 Si, au moment de l'octroi de la mesure d'instruction, on connaît l'infirmité et l'atteinte fonctionnelle, ces informations seront codées. Lorsqu'elles ne sont pas connues, seul le code de la prestation est inscrit.

3.2.9 Allocation pour impotent et supplément pour soins intenses pour mineurs

- 59.1 L'allocation pour impotent et le supplément pour soins intenses sont codés comme des mesures individuelles.
- 59.2 Si l'allocation pour impotent et le supplément pour soins intenses sont accordées simultanément, un code spécial est prévu à cet effet.

3.3 Prononcés concernant les rentes et les allocations pour impotent majeurs

3.3.1 Communication d'un prononcé à la CC concernant des rentes ou des allocations pour impotent majeurs

- 60 Les données sur les rentes et les allocations pour impotent majeurs sont attribuées sous forme codée lors de la rédaction du prononcé.

- 61 Dans le domaine des prononcés concernant les rentes ou les allocations pour impotent pour majeurs, on doit indiquer les codes suivants:
- code de l'office AI compétent
 - numéro d'assuré à onze chiffres
 - date du prononcé
 - date de la demande
 - domicile de la personne assurée
 - en Suisse = numéro postal d'acheminement
 - à l'étranger = nombre-clé selon la liste des Etats
 - code de l'infirmité
 - code de l'atteinte fonctionnelle
 - code de révision
 - degré d'invalidité
 - degré d'impotence
 - évaluation de l'invalidité
 - genre de cotisation
 - mois et année de début du droit
 - mois et année de début du droit de la première rente ou de la première allocation pour impotent
 - caisse de compensation compétente
 - agence

3.3.2 Rythme d'annonce, annonce à la CC

- 62 Les annonces sont effectuées conformément aux n^{os} 77 ss.

3.3.3 Définition des données

- 63 Pour l'attribution des codes de l'infirmité et de l'atteinte fonctionnelle, on se référera aux n^{os} 20 ss.
- 64 Le degré d'invalidité est à indiquer en pour-cent entier.

- 65 Lors de chaque communication d'un prononcé de rente à la caisse de compensation on annonce le début du droit à la première rente.
- 66 Lors de chaque communication d'un prononcé d'allocation pour impotent à la caisse de compensation on annonce le début du droit à la première API.
- 67 Une interruption dans la perception de la rente ou de l'API n'a pas d'importance. Même lorsque cette interruption est égale ou supérieure à 3 ans (art. 29^{bis} RAI), il faut indiquer la date du droit à la première prestation.
- 67.1 Genre de cotisation : il faut mentionner le genre de cotisation qui était déterminant avant la survenance de l'atteinte à la santé.

3.3.4 Décisions concernant les rentes et les allocations pour impotent majeurs

- 68 Les Directives concernant les rentes (DR 318.104.01) s'appliquent aux annonces au registre central des rentes. Les caisses de compensation tirent les informations concernant l'invalidité et l'impotence de la communication du prononcé en provenance de l'office AI.

3.4 Refus des demandes et clôture de la procédure

- 69 Les données concernant les refus des demandes sont attribuées sous forme codée lors de la rédaction de la décision ou du prononcé.
- 70 Les données suivantes doivent être communiquées:
- code de l'office AI compétent
 - numéro d'assuré à onze chiffres
 - date de la décision
 - date de la demande

- domicile de la personne assurée
 en Suisse = numéro postal d'acheminement
 à l'étranger = nombre-clé selon la liste des Etats
- code de refus

3.4.1 Rythme d'annonce, annonce à la CC

- 71 Les annonces sont effectuées conformément aux n^{os} 77 ss.

3.4.2 Définition des données

- 72 Il y a refus de la demande si une décision de refus a été rendue.
- 73 Il n'y a pas refus de la demande lorsque, au moyen de la communication, celle-ci fait droit aux prétentions de la personne assurée.. Une décision de refus ne peut être prise que si la personne assurée a demandé expressément la prestation qui fait l'objet de la décision de refus. Exemple : Si une demi rente est attribuée, la décision de refus de la rente entière ne doit être prise que lorsque la personne assurée a expressément requis une rente entière. .
- 74 Les refus des demandes relevant de l'AVS (API et moyens auxiliaires) doivent être codés de manière analogue.

3.4.3 Autres clôtures de la procédure

- 74.1 Lorsque le dossier est clos par le retrait de la demande effectué par la personne assurée, il faut indiquer le code 18.
- 74.2 En cas de transfert du dossier à un autre office AI, le code 25 s'applique.
- 74.3 Si un dossier ouvert ne peut pas être clos par décision/communication ou par un prononcé, il peut être

clos au moyen du code 30. Ce code a été créé à la demande des services informatiques afin de pouvoir clore des anciens cas. Il va de soi que ce mode de procéder et l'utilisation du code 30 ne peuvent être faits que de façon très sporadique.

3.4.4 Motifs multiples de refus de la demande

- 75 S'il existe plusieurs codes valables de refus, on doit les mentionner par ordre d'importance.

4. Annonce à la CC

- 76 Les "Codes pour la statistique des infirmités et des prestations" (318.108.04) et les "Directives techniques pour l'échange électronique des données avec la Centrale" (318.106.04) sont publiés sous forme de tirés à part et font partie intégrante de la CSIP.

4.1 Rythme d'annonce

- 77 Les annonces ont lieu quotidiennement.

4.2 Annonce à la CC

- 78 Les données sont transmises à la CC dans le cadre des "Directives techniques pour l'échange informatisé des données avec la Centrale" (318.106.04).
- 79 Les données transmises dans le cadre des "Directives techniques pour l'échange informatisé des données avec la Centrale" (318.106.04) doivent être mises en sécurité pendant dix-huit mois au moins de sorte que, en cas de besoin, les annonces puissent être répétées (support de données perdu ou endommagé, fausse manipulation, etc.).

4.3 Traitement des renvois de la CC

- 80 La CC plausibilise les données à leur réception.
- 81 Si les données transmises sur un support magnétique contiennent des erreurs, la CC les signale à l'office AI compétent par le biais d'une liste d'erreurs.
- 82 L'office AI corrige l'erreur dans ses dossiers et transmet la correction à la CC dans le cadre des "Directives techniques pour l'échange informatisé des données avec la Centrale" (318.106.04).

5. Entrée en vigueur et dispositions transitoires

- 83 La CSIP modifiée entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004. A partir de cette date, elle est applicable à toutes les affaires en suspens dans les offices AI.

6. Annexe

La codification est illustrée ci-après par des exemples. Il est recommandé de comparer les codes énumérés avec la liste des codes.

1. Un enfant est annoncé à l'AI immédiatement après sa naissance à cause d'une myéломéningocèle (chiffre 381 OIC). Cette malformation doit être opérée. On ne peut encore rien dire sur les atteintes fonctionnelles qui en résulteront éventuellement. L'office AI accorde des mesures médicales; codes 381 + 00.300.
 A l'âge de deux ans, on opère cet enfant pour une hydrocéphalie. La nature des atteintes fonctionnelles n'a pas pu être établie. L'office AI accorde de nouveau des mesures médicales; codes 386 + 00.300.
 L'enfant a trois ans. L'AI lui accorde une contribution aux frais de soins pour mineurs impotents. C'est l'existence de la myéломéningocèle qui a ouvert ce droit: codes 381 + 91.660. A l'âge de six ans, l'assurance lui remet des appareils pour les jambes; codes 381 + 03.011.
 L'AI doit accorder des subsides pour la fréquentation d'un établissement scolaire spécialisé dans la formation d'adolescents mentalement arriérés à cause des paralysies et d'une oligophrénie accompagnée de troubles du comportement; codes 386 + 91.600.
 Si un e rente et une allocation pour impotent étaient octroyées ultérieurement, il n'y aurait pas lieu d'inscrire un code de la prestation. Pour l'infirmité, on opterait entre les chiffres 381 ou 386 dans la mesure où le droit à la rente aurait été déterminé par la myéломéningocèle ou l'hydrocéphalie. Quant à l'atteinte fonctionnelle, le code 91 serait certainement correct.

2. Un enfant est annoncé à l'AI à cause d'une cryptorchidie. L'AI lui accorde des mesures médicales (opération); codes 355 + 00.300.
 Deux ans plus tard, le médecin traitant constate une hydrocéphalie congénitale qui doit être opérée. L'AI accorde des mesures médicales; codes 386 + 00.300.

L'hydrocéphalie laisse des séquelles: un grave strabisme doit être opéré. Cette opération est accordée; codes 386 + 28.300. Plus tard, l'enfant obtient une formation scolaire spéciale (386 + 91.600) et par la suite une formation élémentaire en guise de formation professionnelle initiale (386 + 91.420). On lui remet aussi un fauteuil roulant (386 + 03.091). Enfin, la rente et l'allocation pour impotent qui lui seraient octroyées plus tard porteraient les codes 386 + 91.

3. On accorde à une personne adulte une arthrodèse suite à une coxarthrose; codes 732 + 03.300.
On lui remet des cannes-béquilles; codes 732 + 03.121. On utiliserait les mêmes codes de l'infirmité et de l'atteinte fonctionnelle pour toutes les autres mesures qui pourraient entrer en considération pour autant qu'elles ne concernent que le handicap de la locomotion provoqué par la coxarthrose.
Si, après l'opération, une importante embolie pulmonaire se déclarait et que les frais de traitement étaient pris en charge par l'AI en vertu de l'article 11 LAI, la remise d'un appareil de respiration en guise d'appareil de traitement porterait le code 693 + 70.300. A l'âge de l'AVS il reçoit une contribution aux frais d'acquisition d'un appareil acoustique. La communication sera munie du code de la prestation 757.

4. L'office AI accorde des mesures médicales à une personne adulte pour un traitement de la cataracte; codes 661 + 28.300. Le traitement des complications selon l'art. 11 LAI (par ex. glaucome secondaire, décollement de la rétine) devrait être codifié de la même manière, tandis que les codes 661 + 28.071 ou 661 + 28.072 seraient appropriés à la remise de lunettes ou de verres de contact (voir n° 48).
Si toutefois cette personne avait été opérée d'une cataracte congénitale durant son adolescence, c'est le code 419 + 28.300 qui aurait dû être choisi (n° 34). Le code de l'infirmité 419 doit dans ce cas être maintenu après l'âge de la 20 ans également (n° 23).

5. Un enfant a obtenu des mesures de l'AI pour une dystrophie musculaire (p.ex. OIC 184). L'AI continue à lui octroyer des me-

sures pour cette infirmité après l'âge de 20 ans (code 184; cf n° 23). Le code de l'atteinte fonctionnelle est déterminé d'après les mesures octroyées, par exemple 184 + 03.091 en cas de remise d'un fauteuil roulant ordinaire, mais 184 + 04.092 lorsque le fauteuil roulant est électrique.

Si cette même dystrophie musculaire n'est reconnue qu'après 20 ans, c'est le code 738 qui doit être choisi; les autres codes demeurent inchangés.

6. L'AI prend en charge les frais de traitement d'un diabète sucré congénital (OIC 451) qu'un enfant doit suivre. Toutes les mesures accordées porteront sa vie durant le code de l'infirmité 451.

Tant que le traitement médicamenteux des troubles du métabolisme est prépondérant, on indiquera le code 00 pour l'atteinte fonctionnelle. Si on l'opère pour une cataracte diabétique, c'est le code 22 qui convient, alors que si on lui amputait une jambe, la remise d'une prothèse porterait le code 451 + 03.011. Une décision de rente justifierait le code 81 pour l'atteinte fonctionnelle. Si le diabète était devenu manifeste après la quatrième semaine de vie, on utiliserait toujours le code de l'infirmité 623 et les atteintes fonctionnelles seraient codifiées de la même manière que l'infirmité congénitale.

7. Si l'AI accorde des mesures médicales selon l'art. 12 à une personne souffrant de paraplégie, elles porteront les codes 856 + 01.300. Par la suite, l'AI la reclasse dans une activité auxiliaire de commerce (codes 856 + 01.480). Les amortissements annuels accordés par l'AI pour une automobile sont codifiés avec 856 + 01.104. Les transformations effectuées sur cette automobile porteront le code 856 + 01.105.
On attribuerait les codes 856 + 01 (sans le code de la prestation) à une allocation pour impotent tant que la paraplégie est la cause prépondérante de l'invalidité. L'octroi d'une rente pour insuffisance rénale terminale aurait le code 911 + 72.

8. Il n'y a pas de code de l'infirmité pour les collagénoses. Si l'on est en présence exclusivement ou au moins essentiellement d'altérations des articulations, c'est le code 731 qui conviendra.

On choisira le code de l'atteinte fonctionnelle d'après la prestation de l'AI qui sera octroyée. Ainsi, on attribue le code 02.300 dans le cas d'une synovectomie des articulations des doigts, le code 08 pour un prononcé de rente et 03.091 pour un fauteuil roulant.

Si la collagénose se manifeste sous forme du syndrome de Chauffard-Ramon-Still avec atteinte prédominante des yeux, on choisira le code 661 pour l'infirmité, et le code 22 pour l'atteinte fonctionnelle.

Une sclérodermie sera codifiée avec le code 721 pour l'infirmité. Le code de l'atteinte fonctionnelle sera déterminé d'après la prestation AI octroyée; en règle générale, ce sera une rente pour laquelle le code 81 serait pertinent. Un fauteuil roulant ordinaire aurait le code 731 + 03.091 tandis qu'un fauteuil roulant électrique aurait le code 731 + 04.092.

Le lupus érythémateux viscéral devrait être apprécié d'après sa localisation. En cas de localisation cardiaque, c'est le code 682 qui conviendra et pour la périartérite noueuse généralisée le code 684. Le codes de l'atteinte fonctionnelle devrait comme à l'accoutumée être déterminé d'après la prestation AI octroyée.

9. L'AI reclasse comme physiothérapeute une personne devenue aveugle à la suite d'un accident. La décision ou la communication portera le code 861 + 21.460. Cette personne est capable d'exercer une activité lucrative qui exclut l'octroi d'une rente. Un nouvel accident de la route lui cause une fracture de la colonne vertébrale suivie d'une grave paraplégie. Les mesures médicales à la charge de l'AI seront codifiées avec 938 + 01.300. Un examen ultérieur révèle qu'elle ne pourra pas continuer de travailler. On attribuera à la rente qui lui est allouée les codes 938 + 01.