



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral des assurances sociales OFAS

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

Valable dès le 1^{er} janvier 2008

Etat au 1^{er} janvier 2009 / 1^{er} mai 2009

Ajout 1: 1.1.2009

Les chiffres marginaux suivant sont été modifiés respectivement introduits :

6, 10, 31.2, 33, 41.5, 42.54

Table des matières

Définitions et abréviations.....	1
A. Définitions.....	1
B. Abréviations.....	2
1. But.....	5
2. Champ d'application.....	5
3. Domaines statistiques	5
3.1 Demandes.....	5
3.1.1 Rythme des annonces, annonce à la CC	6
3.1.2 Définition des données	6
3.1.2.1 Demande	6
3.1.2.2 Date de l'entrée de la demande.....	7
3.1.2.3 Assurance.....	7
3.1.2.4 Formulaire.....	7
3.1.2.5 Première demande	7
3.1.2.6 Perception d'indemnités journalières de l'AC	8
3.2 Décisions ou communications concernant les mesures individuelles.....	8
3.2.1 Rythme des annonces, annonce à la CC	9
3.2.2 Codification de l'infirmité, de l'atteinte fonc- tionnelle et de la prestation.....	9
3.2.3 Codification des infirmités	10
3.2.3.1 Principe.....	10
3.2.3.2 Le choix du code de l'infirmité.....	11
3.2.4 Codification des atteintes fonctionnelles.....	11
3.2.5 Codification des prestations.....	11
3.2.6 Le choix du code de la prestation	13
3.2.6.1 Les mesures médicales	13
3.2.6.2 Les mesures d'ordre professionnel.....	14
3.2.6.3 Les mesures de formation scolaire spéciale.....	15
3.2.6.4 Les moyens auxiliaires de l'Al.....	16
3.2.6.5 Les moyens auxiliaires de l'AVS.....	1746
3.2.6.6 Les données concernant la facturation.....	17
3.2.7 Procédure	17
3.2.7.1 Généralités	17

3.2.8	Décisions ou communications concernant les mesures d'instruction	18
3.2.9	Allocation pour impotent et supplément pour soins intenses pour mineurs	18
3.3	Prononcés concernant les rentes et les allocations pour impotent majeurs.....	1948
3.3.1	Communication d'un prononcé à la CC concernant des rentes ou des allocations pour impotent majeurs	1948
3.3.2	Rythme d'annonce, annonce à la CC	19
3.3.3	Définition des données	2049
3.3.4	Décisions concernant les rentes et les allocations pour impotent majeurs	20
3.4	Refus des demandes et clôture de la procédure	2120
3.4.1	Rythme d'annonce, annonce à la CC	21
3.4.2	Définition des données	21
3.4.3	Autres clôtures de la procédure	2224
3.4.4	Motifs multiples de refus de la demande	22
3.5	Branches et activité professionnelle.....	2524
3.5.1	Rythme d'annonce, annonce à la CC	25
3.5.2	Définition des données	25
4.	Annonce à la CC	26
4.1	Rythme d'annonce	2726
4.2	Annonce à la CC.....	2726
4.3	Traitement des renvois de la CC.....	27
5.	Entrée en vigueur et dispositions transitoires.....	27
6.	Annexe	29

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 ss.)
- l'instruction de la demande (art. 69 RAI ss.)
- la décision (art. 74 RAI ss.)

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°	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
PA	Personne assurée
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité
318.000	numéro de commande auprès de l'OFCL

001.001 Numéro de formulaire dans le catalogue de texte

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 :
 - communications à l'AI
 - demandes concernant des prestations de l'AI/AVS
 - décisions ou communications sur les mesures de réadaptation de l'AI
 - décisions ou communications concernant les mesures de détection précoce de l'AI
 - décisions ou communications concernant les mesures d'intervention précoce 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 complet
- 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 n^{os} 77 ss.

3.1.2 Définition des données

3.1.2.1 Demande

- 6 Une demande implique le dépôt de l'un des formulaires
- 001.001 Demande de prestations AI pour adultes :
Réadaptation professionnelle/Rente
 - 001.002 Demande de prestations AI pour adultes :
Moyens auxiliaires
 - 001.003 Demande pour mineurs : En référence à des
prestations AI
 - 001.004 Demande de prestations AI pour adultes :
Allocation pour impotent AI
 - 001.005 Demande pour mineurs : Allocation pour
impotent AI
 - 001.100 Formulaire de communication pour adultes :
Détection précoce
 - 009.001 Demande : Moyens auxiliaires de l'AVS
 - 009.002 Demande : Allocation pour impotent AVS

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 Genre de la demande

- 10 Il est nécessaire d'indiquer à cet endroit le genre de formulaire qui a été déposé (cf chiffre 6) :

3.1.2.5 Première demande

- 11 Il y a première demande lorsque l'assuré déclare n'avoir encore déposé aucune demande de prestation de l'AI et
- selon les données de Telezas et de Sumex, aucune prestation n'a encore été accordée et
 - aucun acte préalable (octroi ou refus) n'existe auprès de

l'office AI. Lorsque les seules pièces existantes sont relatives à des annonces par un tiers selon l'art. 3b LAI, on considère qu'il s'agit d'une première demande.

- 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 réadaptation professionnelle/rente (001.001). Si le champ 5.9 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 complet
 - 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. 2^e 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 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^o 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

- 27.1 Chaque mesure accordée à la PA doit être codée.
- 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 (art. 5, 4^e al., RAI) 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 il faut une décision ou une communication avec le code 299. Sont notamment réputées mesures d’instruction celles qui concernent la remise d’un moyen auxiliaire.
- 31 Exceptions au n^o 30 :
- séjours en COMAI (expertise poly-disciplinaire) : code 290
 - séjours en COPAI : code 295
 - expertises médicales (mono- et bi-disciplinaires) pour l’analyse du droit à la rente) : code 297
 - les mesures d’instruction en lien avec l’orientation professionnelle : code 400 (cf. n^o 35)
- 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/communication 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 (code 290) ou d’un COPAI (code 295) il est nécessaire d’indiquer les

codes d'infirmités et d'atteintes fonctionnelles, tout comme par les expertises médicales mono et bi-disciplinaires (code 297).

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 et 13 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 thérapie 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 :
- le don vivant d'organe portera le code 305. Le numéro d'assuré, l'infirmité ainsi que l'atteinte fonctionnelle de la personne accueillie sont à annoncer.
 - l'implant cochléaire composante interne 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 auto-amortissables 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 L'allocation d'initiation au travail correspond au code 545.
 - 41.4 L'aide au placement correspond au code 550.
 - 41.5 Les indemnités journalières durant le temps d'attente de réadaptation correspondent au code de la mesure d'insertion prévue à terme. Si celle-ci n'est pas encore connue, on utilisera le code de la mesure la plus probable.

3.2.6.3.1 Mesures d'intervention précoce

- 42.01 En cas d'adaptation du poste de travail (code 561), de placement (code 563) et d'orientation professionnelle (code 564) dans le cadre d'interventions précoces, on veillera à ce que ces mesures ne soient pas codées comme des mesures d'ordre professionnel.

3.2.6.3.2 Mesures de réinsertion

- 42.51 Dans le cas des mesures de réinsertion, on prêtera attention au lieu où elles sont mises en œuvre.
- 42.52 Lorsque ces mesures sont mises en œuvre hors de l'entreprise dans laquelle la PA travaillait jusqu'ici, on utilisera les codes 581 à 584.
- 42.53 Lorsque ces mesures sont mises en œuvre au sein de l'entreprise qui emploie la PA, les codes 587 et 588 seront utilisés.
- 42.54 Les codes 588 et 589 ne seront utilisés, si une prestation selon code 587 est octroyée.

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.
 - 48.2 Appareils acoustiques à ancrage osseux et implantables (IC, Soundbridge, BAHA) : partie externe, OMAI cm 5.07.25 portent le code 59.

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
II 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 complet
 - 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.
- 67.2 L'évaluation de l'invalidité et le genre de cotisation ne doivent être indiqués qu'en cas de prononcé de rente

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 complet
 - 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.

3.5 Communications

- 75.01 Les données sont attribuées sous forme codée lors de l'enregistrement de la communication.
- 75.02 Concernant les communications, on annonce les données suivantes :
- code de l'office AI compétent
 - numéro d'assuré complet
 - date de l'annonce
 - domicile de la personne assurée
 - en Suisse = numéro postal d'acheminement
 - à l'étranger = nombre-clé selon la liste des Etats
 - formulaire de communication
 - institution de communication

3.5.1 Rythme d'annonce, annonce à la CC

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

3.5.3 Définition des données

- 75.04 Le formulaire doit être annoncé avec le code 6.
- 75.05 L'institution de communication doit toujours être mentionnée. S'il s'agit d'une autre institution que les 11 mentionnées dans la loi, on utilisera le code 99.

3.A Plan de réadaptation

- 75.10 Les données sont attribuées sous forme codée lors de l'enregistrement du plan de réadaptation.
- 75.11 Pour chaque PA, le plan de réadaptation doit être annoncé lorsqu'au moins une des mesures suivantes est prévue :
- mesure d'intervention précoce
 - mesure de réinsertion
 - mesure d'ordre professionnel
- 75.12 Exceptions au n° 75.11 :
- Lorsqu'une mesure de préparation à une activité dans un atelier protégé (codes 440 et 490) est octroyée, le plan de réadaptation ne sera pas annoncé.
- 75.13 On annoncera lesquelles parmi les mesures suivantes sont prévues :
- mesures d'intervention précoce
 - mesures de réinsertion
 - orientation professionnelle
 - formation professionnelle initiale
 - reclassement
 - service de placement
 - aide en capital
 - moyens auxiliaires
 - allocation pour impotent
 - rente

3.A.1 Rythme d'annonce, annonce à la CC

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

3.B Décision de principe

75.50 Les données sont attribuées sous forme codée lors de l'enregistrement de la décision/communication.

75.51 Pour les assurés dès leur 20^e année avec une annonce à partir du 1.1.2008, la première mesure décidée/communiquée relative aux prestations suivantes constitue une décision de principe :

- mesure de réinsertion
- mesure d'ordre professionnel
- communication de l'impossibilité d'octroyer une mesure de réinsertion ayant pour conséquence l'examen du droit à la rente (codes de refus 05 et 40)
- Refus en raison d'atteintes à la santé non réalisées ou insuffisantes (code de refus 01).

75.52 Exceptions au n^o 75.51 :

- Lorsqu'une mesure de préparation à une activité dans un atelier protégé (codes 440 et 490) est octroyée, la décision de principe ne sera pas annoncée.

75.53 Les mesures suivantes ne doivent pas être annoncées comme décision de principe :

- mesures d'instruction professionnelle (code 400)
- orientation professionnelle (code 530).

75.54 La décision/communication comportera le code correspondant (code 1).

3.B.1 Rythme d'annonce, annonce à la CC

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

3.5 Branches et activité professionnelle

- 75.1 Les données sur la branche et sur l'activité professionnelle seront saisies en parallèle à la préparation de la décision ou du prononcé
- 75.2 Les données suivantes doivent être communiquées :
- code de l'office AI compétent
 - numéro d'assuré complet
 - 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
 - branche
 - fonction
 - profession exercée
 - niveau de formation accomplie le plus élevé

3.5.1 Rythme d'annonce, annonce à la CC

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

3.5.2 Définition des données

- 75.4 Lorsque le formulaire Demande de prestations AI pour adultes : réadaptation professionnelle/rente (001.001) est déposé, il faut saisir les données sur les branches et sur la profession exercée.
- 75.5 Les données ne seront relevées que pour les personnes ayant au moment de leur invalidité leur domicile en Suisse et pour les frontaliers qui sont assurés en Suisse.
- 75.6 La branche d'activité est définie comme la branche du dernier employeur dans les trois années précédant le dépôt de la demande; si l'assuré a eu successivement plusieurs employeurs, seule la branche du dernier est codée. Au cas où la dernière activité professionnelle date de plus de trois ans avant le dépôt de la demande, coder «ménage privé».

- 75.7 La fonction est définie comme la fonction chez le dernier employeur dans les trois années précédant le dépôt de la demande; si l'assuré a eu successivement plusieurs employeurs, seule la fonction exercée chez le dernier est codée. Au cas où la dernière activité professionnelle date de plus de trois ans avant le dépôt de la demande, coder «ménage privé».
- 75.8 La profession est définie comme la profession exercée chez le dernier employeur durant les trois années précédant le dépôt de la demande. Si l'assuré a eu successivement plusieurs employeurs, seule la profession exercée chez le dernier est codée. Au cas où la dernière activité professionnelle date de plus de trois ans avant le dépôt de la demande, coder «ménage privé».
- 75.9 Si une personne a exercé eu plusieurs employeurs lors de sa dernière activité professionnelle on codifiera les informations sur la branche, la fonction et la profession de l'activité la plus rémunératrice.
- 75.10 Les formations réalisées à l'étranger seront classées selon le schéma suisse.
- 75.11 Lorsque, sur la base d'analyses statistiques de prestations selon le chiffre 75.4, il est constaté que les données relatives à la branche ou à l'activité professionnelle manque, celles-ci devront être annoncées à postériori.

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 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 2008. 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 allocation pour 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.
 Si une 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 arthrodeèse 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 mesures 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 sclérodémie 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 élec-

trique 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. Les codes de l'atteinte fonctionnelle devraient comme à l'accoutumée être déterminés 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.