



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 2011

¹¹Modifications au 1^{er} janvier 2011

Remarque préalable :

Dans la CSIP actuelle (état au 1^{er} janvier 2009), certains numéros ont été attribués à plusieurs reprises. Une renumérotation a donc été nécessaire à partir du numéro 75.

n° 1	Ajout de l'art. 64a LAI et remplacement de l'art. 92 ^{bis} RAI par les art. 50 ss RAI;
n° 2	<i>Tiret 1</i> : ajout de « (détection précoce); »
n° 6	Suppression du formulaire de communication pour adultes (001.100) car il ne génère pas de demande
n° 9	Modifications rédactionnelles;
n° 19	<i>Tiret 3</i> : ajout d'un renvoi au n° 31.2;
n° 28	<i>Tiret 1</i> : remplacement de « voyage » par « transport; »
n° 29	Reformulation, car en partie en contradiction avec le n° 28;
n° 31	<i>Tiret 3</i> : reformulation, car le code 297 s'applique à toutes les expertises et instructions à part celles du COMAI;
n° 34	Enumération complétée par « lunettes » et ajout d'un renvoi à la lettre-circulaire de l'OFAS n° 253;
n° 36	Modifications rédactionnelles suite à la suppression des remarques concernant les codes 440/490 (activité dans un atelier protégé);
n° 40.1	Nouveau, ajouté en raison de la reformulation des codes 425/475;
n° 41	Modifications rédactionnelles;
n° 41.2	Modifications rédactionnelles et ajout d'une mention relative au code à utiliser pour la phase d'intervention précoce;
n° 41.4	Adaptation aux nouveaux codes 548/549 et ajout d'une mention relative au code à utiliser pour la phase d'intervention précoce;
n° 42.01	Mention du code à utiliser pour la phase d'intervention précoce;
n° 42.51	Modifications rédactionnelles;
n° 48	Ajout d'un renvoi à la lettre-circulaire de l'OFAS n° 253;

- n° 59 Ajout d'un renvoi au numéro réglant les exceptions;
- n° 67 Modifications rédactionnelles;
- n° 67.3 Nouveau;
- n° 70 *Tiret 6* : ajout du code de clôture;
- n° 72 Ajout de « relevant de l'AI ou de l'AVS »;
- n° 76 Nouveau;
- n° 80 (Ancien n° 75.04) Correction : code 7 en lieu et place du code 6, qui était erroné;
- n° 81 (Ancien n° 75.05) Ajout de l'art. de loi (art. 3b LAI);
- n° 84 (Ancien n° 75.12) Abrogé, car concernait les codes 440/490, qui n'existent plus;
- n° 88 (Ancien n° 75.51) Modifications rédactionnelles
Tiret 5 : nouveau (code de refus 02)
Tiret 6 : nouveau (code de refus 60);
- n° 89 (Ancien n° 75.52) Abrogé, car concernait les codes 440/490, qui n'existent plus;
- n° 90 (Ancien n° 75.53) *Tiret 3* : nouveau, concerne les mesures d'intervention précoce
Tiret 4 : nouveau, clarification des codes de refus;
- n° 93 (Ancien n° 75.1) Reformulation, et ajout dans le titre de « fonctions/professions exercées/niveau le plus élevé de formation accomplie ». Enumération des mesures professionnelles;
- n° 96 (Ancien n° 75.4) Abrogé, car intégré au n° 93;
- n° 97 (Ancien n° 75.51) Abandon de la notion de branches pour les frontaliers;
- n° 98 Nouveau, remplace les no 99/100/101 (anciens no 75.6/75.7/75.8);
- n° 99 (Ancien n° 75.6) Abrogé, car intégré au n° 98;
- n° 100 (Ancien n° 75.7) Abrogé, car intégré au n° 98;
- n° 101 (Ancien n° 75.8) Abrogé, car intégré au n° 98;
- n° 102 (Ancien n° 75.9) Reformulation, car les no 99/100/101 (anciens no 75.6/75.7/75.8) ont été supprimés;
- n° 104 (Ancien n° 75.11) Ajout de « fonction/profession exercée ».

Des modifications purement rédactionnelles ont été effectuées aux numéros suivants :

10, 11, 12, 18, 21, 22, 23, 26, 30, 31.1, 35, 41.1, 42.52, 42.53, 51, 61, 73, 74.1, 74.2, 74.3, 75, 83 (ancien 75.11), 85 (ancien 75.13)
(La version française a été revue dans son intégralité.)

Aux numéros suivants, l'expression « quotidiennement » a été ajoutée :

5, 17, 62, 71, 79 (ancien 75.03), 86 (ancien 75.14)

Aux numéros suivants, les appellations officielles des métiers ont été adaptées :

37, 38, 39, 40

¹⁰Modifications au 1^{er} janvier 2009

- n° 6 *Tiret 6* : ajout du formulaire de communication pour adultes : détection précoce (001.100) et modifications rédactionnelles;
- n° 10 Reformulation, renvoi au n° 6;
- n° 31.2 Complément avec le code 297, expertise médicale;
- n° 33 *Tiret 1* : complément avec le nouveau code 305, mesure médicale/don vivant d'organes;
- n° 41.5 Nouveau : codification des mesures de réadaptation lors d'octroi d'indemnités journalières pendant le délai d'attente;
- n° 42.54 Nouveau : les codes 588 et 589 peuvent être octroyés uniquement en lien avec le code 587.

Table des matières

Abréviations

1. But
2. Champ d'application
3. Domaines statistiques
 - 3.1 Demandes
 - 3.1.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC
 - 3.1.2 Définition des données
 - 3.1.2.1 Demande
 - 3.1.2.2 Date de réception de la demande
 - 3.1.2.3 Assurance
 - 3.1.2.4 Genre de la demande
 - 3.1.2.5 Première demande
 - 3.1.2.6 Perception d'indemnités journalières de l'AC
 - 3.2 Décisions/communications concernant les mesures individuelles
 - 3.2.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC
 - 3.2.2 Codification de l'infirmité, de l'atteinte fonctionnelle et de la prestation
 - 3.2.3 Codification des infirmités
 - 3.2.3.1 Principe
 - 3.2.3.2 Choix du code de l'infirmité
 - 3.2.4 Codification des atteintes fonctionnelles
 - 3.2.5 Codification des prestations
 - 3.2.6 Choix du code de la prestation
 - 3.2.6.1 Mesures médicales
 - 3.2.6.2 Mesures d'ordre professionnel
 - 3.2.6.3 Mesures d'intervention précoce
 - 3.2.6.4 Mesures de réinsertion
 - 3.2.6.5 Moyens auxiliaires de l'AI
 - 3.2.6.6 Moyens auxiliaires de l'AVS
 - 3.2.6.7 Données concernant la facturation
 - 3.2.7 Procédure
 - 3.2.8 Décisions/communications concernant les mesures d'instruction

- 3.2.9 API et supplément pour soins intenses pour mineurs
- 3.3 Prononcés concernant les rentes et les API versées à des personnes majeures
 - 3.3.1 Communication d'un prononcé à la CdC concernant des rentes ou des API versées à des personnes majeures
 - 3.3.2 Fréquence et modalité des annonces à la CdC
 - 3.3.3 Définition des données
 - 3.3.4 Décisions concernant les rentes et les API pour des personnes majeures
- 3.4 Refus des demandes et clôture de la procédure
 - 3.4.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC
 - 3.4.2 Définition des données
 - 3.4.3 Autres clôtures de la procédure
 - 3.4.4 Motifs multiples de refus de la demande
- 3.5 Communications (détection précoce)
 - 3.5.1 Formulaire
 - 3.5.1.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC
 - 3.5.2 Définition des données
- 3.6 Plan de réadaptation
 - 3.6.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC
- 3.7 Décision de principe
 - 3.7.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC
- 3.8 Branches/fonctions/professions exercées/niveau le plus élevé de formation accomplie
 - 3.8.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC
 - 3.8.2 Définition des données
- 4. Annonce à la CdC
 - 4.1 Fréquence des annonces
 - 4.2 Modalités des annonces
 - 4.3 Traitement des retours de la CdC
- 5. Entrée en vigueur et dispositions transitoires
- 6. Annexe

Abréviations

AI	Assurance-invalidité
API	Allocation pour impotent
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CdC	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
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
001.001	Numéro de formulaire dans le catalogue de textes

1. But

- 1¹¹ La CSIP régleme la saisie des données nécessaires à la surveillance de l'assurance (AVS/AI). La base légale est constituée par les art. 76 et 77 LPGA, l'art. 72 LAVS, les art. 64 et 64a LAI et les art. 50 ss RAI.

2. Champ d'application

- 2¹¹ Les directives ci-après sont applicables aux prestations accordées ou refusées dans les domaines suivants :
- communications à l'AI (détection précoce)
 - demandes concernant des prestations de l'AI/AVS
 - décisions/communications sur les mesures de réadaptation de l'AI
 - décisions/communications concernant les mesures d'intervention précoce de l'AI
 - décisions/communications concernant des moyens auxiliaires remis par l'AVS
 - décisions/communications concernant les mesures d'instruction
 - communication du prononcé concernant une rente d'invalidité ou une API de l'AI
 - communication du prononcé concernant une API de l'AVS
 - refus de 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 (n° AVS)

- 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
(trois dernières années)

3.1.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC

5¹¹ Les annonces sont effectuées quotidiennement, conformément aux n° 106 ss.

3.1.2 Définition des données

3.1.2.1 Demande

6^{10/11} Une demande implique le dépôt auprès de l'office AI de l'un des formulaires suivants :

- 001.001 Demande de prestations AI pour adultes :
Réadaptation professionnelle/Rente
- 001.002 Demande de prestations AI pour adultes :
Moyens auxiliaires
- 001.003 Demande de prestations pour mineurs et pour
mesures médicales avant l'âge de 20 ans révolus
- 001.004 Demande de prestations AI pour adultes :
Allocation pour impotent AI
- 001.005 Demande pour mineurs : Allocation pour
impotent AI
- 009.001 Demande : Moyens auxiliaires de l'AVS
- 009.002 Demande : Allocation pour impotent AVS

Toute demande reçue sous une autre forme (par téléphone, par ex.) doit être notifiée au dossier avec la date à laquelle elle est parvenue (voir n° 7).

3.1.2.2 Date de réception de la demande

- 7 Les offices AI annoncent la date à laquelle le formulaire leur est parvenu.
- 8 La date de la remise d'une simple lettre ou d'un formulaire inapproprié vaut dépôt de la demande, pour autant que la personne assurée respecte le délai supplémentaire pour rectifier sa demande.

3.1.2.3 Assurance

- 9¹¹ Il faut indiquer ici s'il s'agit d'une demande relevant de l'AI ou de l'AVS.

3.1.2.4 Genre de la demande

- 10^{10/11} Il faut indiquer à cet endroit quel formulaire a été déposé (voir n° 6).

3.1.2.5 Première demande

- 11¹¹ Les premières demandes sont saisies avec le code 1 (sauf pour les frontaliers, voir n° 12). Il y a première demande lorsque l'assuré déclare ne pas encore avoir déposé de demande de prestations de l'AI ou que
- selon les données de Telezas ou de Sumex, aucune prestation n'a encore été accordée, ou
 - il n'y a pas encore eu de décision, ni de communication, ni de prononcé.
- Lorsque les seules pièces figurant déjà au dossier se réfèrent à une annonce selon l'art. 3b LAI (détection précoce), on considérera cette annonce comme une première demande.

- 12¹¹ Les frontaliers qui n'ont pas encore bénéficié de prestations de l'AI selon le n° 11 sont annoncés 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 années précédant la demande, 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 » sera transmise (code 2).

3.2 Décisions/communications concernant les mesures individuelles

- 15 Les données sont attribuées sous forme codée lors de l'établissement des décisions/communications.
- 16 S'agissant des décisions/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/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 Fréquence et modalités des annonces à la CdC

17¹¹ Les annonces sont effectuées quotidiennement, conformément aux n° 106 ss.

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

18¹¹ Les données suivantes seront codifiées :

- le genre de l'infirmité, au moyen du code de l'infirmité à trois positions ;
- le genre de l'atteinte fonctionnelle, au moyen du code de l'atteinte fonctionnelle à deux positions ;
- la prestation allouée, au moyen du code de la prestation à trois positions

19¹¹ Les codes sont attribués de la façon suivante :

- décisions/communications sur les mesures de réadaptation de l'AI : les trois codes ;
- décisions/communications 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/communications aux assurés concernant les mesures d'instruction : en général, uniquement le code de la prestation, sauf si l'infirmité et l'atteinte fonctionnelle sont connues au moment de l'octroi de la mesure. Dans ce cas : les trois codes (voir aussi n° 31.2)

3.2.3 Codification des infirmités

3.2.3.1 Principe

- 20¹¹ 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.
- 21¹¹ Les codes 101 à 499 pour les infirmités congénitales sont identiques aux chiffres de la liste des infirmités (voir annexe de l'OIC).
- 22¹¹ Les codes 501 à 599 sont réservés aux infirmités congénitales qui ne figurent pas dans l'OIC. Ils doivent être utilisés pour la codification des décisions/communications pour les mesures d'ordre professionnel, les moyens auxiliaires ou encore pour les rentes ou les API.
- 23¹¹ Remarque : les codes des infirmités congénitales ne s'appliquent pas uniquement aux assurés jusqu'à 20 ans révolus(voir n° 26).
- 24 L'énumération des maladies et accidents de la seconde partie est exhaustive. On doit, pour chaque infirmité, distinguer si elle résulte d'un accident ou d'une maladie. C'est pourquoi la liste comprend deux colonnes de codes : deux codes ont été attribués à chaque infirmité, même si certaines d'entre elles ne peuvent jamais ou que très rarement être consécutives à un accident.

3.2.3.2 Choix du code de l'infirmité

- 25 Toute décision/communication doit mentionner le code de l'infirmité déterminante pour l'octroi de la prestation.
- 26¹¹ Les codes correspondants aux infirmités congénitales sont également applicables aux adultes qui avaient bénéficié jusqu'à l'âge de 20 ans révolus de prestations de l'AI pour

les infirmités correspondantes. Cependant, si pour une infirmité congénitale figurant dans l'OIC, une prestation est servie pour la première fois à un assuré après que celui-ci a atteint l'âge adulte, il faut sélectionner un code dans la deuxième partie de la liste des codes (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 n'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.
- 28¹¹ 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 transport, de logement et de nourriture en corrélation avec des mesures de réadaptation ;
 - aux frais de réparation ou éventuellement de location de moyens auxiliaires ;
 - aux frais d'entretien de moyens auxiliaires (art. 7, al. 3, OMAI) ;
 - à l'acquisition d'accessoires et à l'adaptation de moyens auxiliaires ;
 - à l'entraînement particulier des invalides à l'emploi de certains moyens auxiliaires (art. 7, al. 1, OMAI) ;

- à l’entretien d’un chien-guide pour aveugle (art. 7, al. 4, OMAI)
- 29¹¹ Les frais de transport qui sont pris en charge dans le cadre de prestations de tiers (n° 1037, tiret 1, CPPI) portent le code 009.
- 30¹¹ A l’exception des mesures indiquées au n° 31, les mesures d’instruction sont octroyées et communiquées à la PA par une décision/communication et portent le code 299 ; ces mesures comprennent les frais de transport, de nourriture et de logement. Si ces frais font l’objet d’une décision séparée, ils portent également le code 299. Le même principe s’applique pour les codes 290, 295, 297 et 400 (voir n° 31).
- 31¹¹ Exceptions au n° 30 :
 - code 290 : expertises COMAI (expertises polydisciplinaires)
 - code 295 : expertises COPAI
 - code 297 : toutes les expertises médicales (mono- et bi-disciplinaires) qui n’ont pas fait l’objet d’un mandat d’expertise auprès d’un COMAI
 - code 400 : mesures d’instruction en lien avec l’orientation professionnelle (voir n° 35)
- 31.1¹¹ Lorsque l’office AI constate que des mesures d’instruction doivent être exécutées auprès d’un COMAI ou d’un COPAI, la décision/communication d’exécuter la mesure doit être rendue même si aucune date n’a encore été fixée.
- 31.2^{10/11} Lors de mesures d’instruction auprès d’un COMAI (code 290) ou d’un COPAI (code 295) et pour les expertises médicales mono et bi-disciplinaires (code 297), il est nécessaire d’indiquer les codes d’infirmités et d’atteintes fonctionnelles.

3.2.6 Choix du code de la prestation

3.2.6.1 Mesures médicales

- 32 Le code 300 est utilisé pour toutes les prestations qui sont octroyées sur la base des art. 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) ;
 - les appareils de traitement
- 33¹⁰ Exceptions au n° 32 :
- le don vivant d'organe portera le code 305. Le numéro d'assuré, l'infirmité ainsi que l'atteinte fonctionnelle du receveur doivent être annoncées ;
 - l'implant cochléaire à composant interne portera le code 330
- 34¹¹ Les prothèses dentaires, les lunettes et les supports plantaires, mentionnés à l'art. 21, al. 1, LAI portent le code 300 s'ils sont remis à titre d'appareils de traitement à des assurés jusqu'à l'âge de 20 ans révolus ; chez les adultes, ils sont indiqués comme moyen auxiliaire avec le code correspondant, d'après la liste, à condition que la mesure médicale de réadaptation initiale ait été ou doive encore être prise en charge par l'AI (si l'événement assuré donnant lieu à une mesure médicale de réadaptation est survenu avant le 1^{er} janvier 2008, voir lettre-circulaire de l'OFAS n° 253).

3.2.6.2 Mesures d'ordre professionnel

- 35¹¹ 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 apte à la réadaptation (profession adéquate, capacité de produc-

tion, résistance aux exigences professionnelles, limites) porteront le code 400. Les mesures d'instruction visant à déterminer l'aptitude à la réadaptation pour lesquelles les codes 290 (Instructions COMAI), 295 (Instructions COPAI) et 297 (Expertises médicales) ne s'appliquent pas porteront le code 299.

- 36¹¹ Les mesures de formation professionnelle initiale ou de reclassement doivent être codifiées d'après le degré de formation envisagé (voir n° 37 à 41) ; le réentraînement au travail dans la même profession porte le code 500.
- 37¹¹ Formation supérieure (code 401 ou 451)
– formations effectuées dans le cadre des hautes écoles universitaires HEU, des hautes écoles spécialisées HES, des hautes écoles pédagogiques HEP et de la formation professionnelle supérieure (école supérieure ES, examens professionnels fédéraux EPF, examens professionnels fédéraux supérieurs EPFS)
- 38¹¹ Ecoles secondaires supérieures (code 402 ou 452)
– formations dans des écoles de maturité (gymnase), de culture générale (ECG) et de maturité professionnelle (EMP)
- 39¹¹ Apprentissages et formations analogues (code 410 ou 460)
– formation professionnelle initiale de trois ou quatre ans avec le certificat fédérale de capacité CFC selon l'art 17, al. 3, LFPr
- 40¹¹ Formation élémentaire selon la loi sur la formation professionnelle (code 420 ou 470)
– formation professionnelle initiale de deux ans avec l'attestation fédérale de formation professionnelle AFP selon l'art. 17, al. 2, LFPr
- 40.1¹¹ Formation pratique INSOS ou formation AI (code 425 ou 475)
– formation pratique INSOS d'une durée d'un à deux ans

– formation AI d'une durée de six mois à deux ans

- 41¹¹ Autres formations (code 430 ou 480)
– toutes les formations que l'on ne peut pas classer sous les codes 401 à 425 ou 451 à 475
- 41.1¹¹ Pour les aides en capital selon l'art. 18b LAI, le code est 510. Pour les prêts auto-amortissables selon l'art. 14, let. e, RAI, le code est 010 (voir n° 48.1).
- 41.2¹¹ Lorsque l'office AI opte de façon interne pour un conseil en orientation professionnelle selon art. 15 LAI, le code 530 sera utilisé. Remarque : lorsque l'on se trouve en phase d'intervention précoce, il faut utiliser le code 564 (voir n° 42.01).
- 41.3 L'allocation d'initiation au travail correspond au code 545.
- 41.4¹¹ L'aide au placement, lorsqu'on ne se trouve pas en phase d'intervention précoce, correspond aux codes 548 (soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, art. 18, al. 1, let. a, LAI) ou 549 (conseil suivi afin de conserver un emploi, art. 18, al. 1, let. b, LAI). Remarque : lorsqu'on se trouve en phase d'intervention précoce, il faut utiliser le code 563 (voir n° 42.01).
- 41.5¹⁰ Les indemnités journalières durant le temps d'attente de réadaptation portent le code de la mesure de réadaptation prévue. Si celle-ci n'est pas encore connue, on utilisera le code de la mesure la plus probable.

3.2.6.3 Mesures d'intervention précoce

- 42.01¹¹ 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. Lors du placement dans le cadre d'une intervention précoce, il faut utiliser le code 563 tant pour le soutien actif dans la recherche d'une

nouvelle place de travail que pour le conseil suivi afin de conserver un emploi.

3.2.6.4 Mesures de réinsertion

- 42.51¹¹ Dans le cas des mesures de réinsertion, on prêtera attention au lieu où elles sont mises en œuvre (au sein ou hors de l'entreprise dans laquelle la PA travaillait jusque-là).
- 42.52¹¹ Lorsque ces mesures sont mises en œuvre hors de l'entreprise dans laquelle la PA travaillait jusque-là, on utilisera les codes 581 à 584.
- 42.53¹¹ Lorsque ces mesures sont mises en œuvre au sein de l'entreprise qui emploie la PA, les codes 587 à 589 seront utilisés.
- 42.54¹⁰ Les codes 588 et 589 ne seront utilisés que si une prestation selon le code 587 a été préalablement octroyée.

43 [supprimé]

44 [supprimé]

45 [supprimé]

3.2.6.5 Moyens auxiliaires de l'AI

- 46 Les codes des moyens auxiliaires de l'AI découlent de la liste des moyens auxiliaires (annexe de l'OMAI).
- 47 Les indemnités d'amortissement allouées à la PA qui a acquis à ses frais un moyen auxiliaire seront codées comme le moyen auxiliaire proprement dit.
- 48¹¹ Le code 070 n'est utilisé que lorsque l'on ne sait pas encore, au moment de la décision, quel moyen (lunettes ou verres de contact) est le plus approprié. En pratique, cela arrive surtout en lien avec des mesures médicales (opérations de la cataracte) (pour les événements assurés sur-

venus avant le 1^{er} janvier 2008, voir lettre-circulaire de l'OFAS n° 253).

- 48.1 Les prêts auto-amortissables en lieu et place d'un moyen auxiliaire portent le code 010.
- 48.2 La partie externe des appareils acoustiques à ancrage osseux et implantables (IC, Soundbridge, BAHA) selon le n° 5.07.25 OMAI porte le code 059.

3.2.6.6 Moyens auxiliaires de l'AVS

- 49 Si une personne reçoit un moyen auxiliaire pour la première fois à l'âge de la retraite AVS, on doit utiliser le code de prestation de l'AVS.
- 50 En cas de garantie des droits acquis dans le régime de l'AI selon l'art. 4 OMAV, on doit utiliser les codes d'infirmité, d'atteinte fonctionnelle et de prestation correspondant au droit acquis envers l'AI.
- 51¹¹ Le code 791 est prévu pour les fauteuils roulants remis par l'AVS (Annexe OMAV 9.51).

3.2.6.7 Données concernant la facturation

- 52 Le numéro NIF de l'émetteur de la facture qui est attribué par la CdC 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, il faut en indiquer le montant dans la décision.
- 54 La définition des autres données est du ressort de la CdC.

3.2.7 Procédure

- 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 doit être codifiée comme s'il s'agissait d'un premier prononcé.
- 57 Chaque décision/communication concernant les mesures individuelles est associée à un numéro univoque à 14 chiffres :
III AAA ANNNNNNC
III numéro de l'office AI
AAAA année de la décision/communication
NNNNN numérotation continue de la décision/communication
C chiffre de contrôle
- 58 Le chiffre de contrôle est calculé selon la définition de la CdC.

3.2.8 Décisions/communications concernant les mesures d'instruction

- 59¹¹ Si, au moment de l'octroi de la mesure d'instruction, on connaît l'infirmité et l'atteinte fonctionnelle, ces informations sont codées. Lorsqu'elles ne sont pas connues, seul le code de la prestation est inscrit (exception voir n° 31.2).

3.2.9 API et supplément pour soins intenses pour mineurs

- 59.1 L'API versée à un mineur doit être codifiée comme mesure individuelle (n° 671 – 677).

59.2 Si l'API et le supplément pour soins intenses sont accordés simultanément, il faut utiliser les codes n° 691 à 699.

3.3 Prononcés concernant les rentes et les API versées à des personnes majeures

3.3.1 Communication d'un prononcé à la CdC concernant des rentes ou des API versées à des personnes majeures

60 Les données sur les rentes et les API versées à des personnes majeures sont attribuées sous forme codée lors de la rédaction du prononcé.

61¹¹ Dans le domaine des prononcés concernant les rentes ou les API pour des personnes majeures, 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 PA
 - 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
- méthode d'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 API
- caisse de compensation compétente
- agence AVS

3.3.2 Fréquence et modalité des annonces à la CdC

62¹¹ Les annonces sont effectuées quotidiennement, conformément aux n° 106 ss.

3.3.3 Définition des données

63 Pour l'attribution des codes d'infirmité et d'atteinte fonctionnelle, on se référera aux n° 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'API à la caisse de compensation, on annonce le début du droit à la première API.

67¹¹ Une interruption dans la perception de la rente ou de l'API n'a pas d'importance. S'il y a interruption selon les art. 29^{bis} et 29^{quater} 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 La méthode d'évaluation de l'invalidité et le genre de cotisation ne doivent être indiqués qu'en cas de prononcé de rente.

67.3¹¹ Pour les prononcés concernant des API-AVS sans acquis AI, il faut indiquer le code 1 (pour les impotences légères), le code 2 (impotences moyennes) ou le code 3 (impotences graves).

3.3.4 Décisions concernant les rentes et les API pour des personnes majeures

- 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 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/du prononcé.

- 70¹¹ 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 PA
 - en Suisse = numéro postal d'acheminement
 - à l'étranger = nombre-clé selon la liste des Etats
 - code de refus ou de clôture

3.4.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC

- 71¹¹ Les annonces sont effectuées quotidiennement, conformément aux n° 106 ss.

3.4.2 Définition des données

- 72¹¹ Il y a refus de la demande si une décision de refus relevant de l'AI ou de l'AVS a été rendue.

- 73¹¹ Lorsque le droit à une prestation n'est que partiellement octroyé, seule une décision/communication pour la part oc-

troyée est établie. Aucune décision/communication de refus n'est faite pour la partie non octroyée.

74 [supprimé]

3.4.3 Autres clôtures de la procédure

74.1¹¹ Lorsque le dossier est clos par le retrait de la demande effectué par la PA, il faut indiquer le code de clôture 18 (Retrait de la demande par la PA).

74.2¹¹ En cas de transfert du dossier à un autre office AI, le code de clôture 25 (Transfert de dossier à un autre office AI) s'applique.

74.3¹¹ Si un dossier ouvert ne peut pas être clos par une décision, une communication ou un prononcé, il est à clore au moyen du code de clôture 30 (Liquidation du cas sans décision/communication ou prononcé). Ce code a été créé à la demande des services informatiques des offices AI afin de pouvoir clore les cas anciens. Il faut donc l'utiliser avec circonspection.

3.4.4 Motifs multiples de refus de la demande

75¹¹ S'il existe plusieurs motifs de refus, on doit mentionner les codes de refus correspondants par ordre d'importance.

3.5 Communications (détection précoce)

3.5.1 Formulaire

76¹¹ Une communication implique le dépôt du formulaire de détection précoce pour adulte (001.100).

77 Les données sont attribuées sous forme codée lors de l'enregistrement de la communication.

- 78 Concernant les communications, on annonce les données suivantes :
- code de l'office AI compétent
 - numéro d'assuré complet
 - date de la communication
 - domicile de la PA
 - en Suisse = numéro postal d'acheminement
 - à l'étranger= nombre-clé selon la liste des Etats
 - formulaire de communication
 - institution effectuant la communication

3.5.1.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC

- 79¹¹ Les annonces sont effectuées quotidiennement, conformément aux n° 106 ss.

3.5.2 Définition des données

- 80¹¹ Le formulaire doit être annoncé avec le code 7.
- 81 L'institution effectuant la communication doit toujours être mentionnée. S'il s'agit d'une institution différente de celles mentionnées à l'art. 3b LAI on utilisera le code 99.

3.6 Plan de réadaptation

- 82 Les données sont attribuées sous forme codée lors de l'enregistrement du plan de réadaptation.
- 83¹¹ Le plan de réadaptation doit être annoncé si les mesures suivantes sont prévues pour l'assuré :
- mesures d'intervention précoce (codes 561 à 566)
 - mesures de réinsertion (codes 581 à 589)
 - mesures d'ordre professionnel (codes 400 à 551)
- 84¹¹ [supprimé]

- 85¹¹ Si un plan de réadaptation doit être établi, on annoncera également laquelle ou lesquelles des mesures suivantes sont prévues :
- intervention précoce (codes 561 à 566)
 - réinsertion (codes 581 à 589)
 - orientation professionnelle (codes 400 et 530)
 - formation professionnelle initiale, y compris formation continue à des fins professionnelles (codes 401 à 446)
 - reclassement (codes 451 à 500)
 - service de placement (Codes 545 à 551)
 - aide en capital (code 510)
 - moyens auxiliaires (codes 009 à 160)
 - API (codes 671 à 699)
 - rente

3.6.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC

- 86¹¹ Les annonces sont effectuées quotidiennement, conformément aux n^o 106 ss.

3.7 Décision de principe

- 87 Les données sont attribuées sous forme codée lors de l'élaboration de la décision/communication.
- 88¹¹ Lors d'une décision relative à une mesure d'ordre professionnel et/ou à une mesure d'insertion, une décision de principe est requise à condition que la demande en vue de l'obtention d'une mesure d'ordre professionnel ou d'une rente ait été déposée après le 1^{er} janvier 2008 et que, lors du dépôt de la demande, l'assuré ait 20 ans révolus. Le code 1 concernant la décision de principe doit être introduit lors de la première décision par demande pour les prestations suivantes:

- octroi d'une mesure de réinsertion

- octroi d'une mesure d'ordre professionnel (sans code de prestation 400 et 530)
- communication que de l'impossibilité de l'octroi d'une mesure de réadaptation 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)
- refus pour conditions d'assurance non remplies (code de refus 02)
- refus pour manquement à l'obligation de collaborer (code de refus 60)

89¹¹ [supprimé]

90¹¹ Les mesures et refus suivants ne doivent pas être annoncés comme décision de principe :

- mesures d'instruction professionnelle (code 400)
- orientation professionnelle (code 530).
- mesures d'intervention précoce (codes 561 à 566)
- refus avec des codes différents de ceux mentionnés au n° 88

91 La décision/communication doit être identifiée avec le code 1.

3.7.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC

92¹¹ Les annonces sont effectuées quotidiennement, conformément aux n° 106 ss .

3.8 Branches/fonctions/professions exercées/niveau le plus élevé de formation accomplie

93¹¹ Les données sur la branche, sur l'activité professionnelle et sur le niveau le plus élevé de formation accomplie sont saisies sous forme de code lors du dépôt du formulaire « Annonce pour adultes : Intégration professionnelle/Rente (001.001) » ou au plus tard lors de la décision/communication/du prononcé d'une mesure professionnelle.

Sont pris en compte comme mesures professionnelles :

- les mesures d'intervention précoce (codes 561 à 566),
- les mesures de réinsertion (codes 581 à 589) et
- les mesures d'ordre professionnel (codes 400 à 551).

Lorsqu'il s'agit de mesures de formation initiale (codes 401 à 430), la formation doit être saisie.

Les autres indications (branches, fonctions, profession exercée) doivent être codées par « sans activité lucrative » (code 40/8/37).

- 94 Les données suivantes doivent être communiquées :
- code de l'office AI compétent
 - numéro d'assuré complet
 - date de la demande
 - domicile de la PA
 - en Suisse = numéro postal d'acheminement
 - à l'étranger = nombre-clé selon la liste des Etats
 - branche
 - fonction
 - profession exercée
 - niveau le plus élevé de formation accomplie

3.8.1 Fréquence et modalités des annonces à la CdC

- 95¹¹ Les annonces sont effectuées quotidiennement, conformément aux n° 106 ss.

3.8.2 Définition des données

- 96¹¹ [supprimé]
- 97¹¹ Le relevé des données se limite aux personnes ayant leur domicile en Suisse.
- 98¹¹ Seules les données de branche d'activité, de fonction, de profession exercée de la dernière activité professionnelle avant le dépôt de la demande doivent être saisies. Si l'activité professionnelle précédente remonte à plus de 3

ans avant le dépôt de la demande le code « sans activité lucrative » (code 40/8/37) doit être utilisé.

- 99¹¹ [supprimé]
- 100¹¹ [supprimé]
- 101¹¹ [supprimé]
- 102¹¹ Si une PA a exercé plusieurs activités professionnelles avant le dépôt de la demande, il faut codifier les données pour la branche/fonction ou profession dans laquelle les gains ont été les plus élevés.
- 103 Les formations réalisées à l'étranger doivent être codifiées selon le schéma suisse.
- 104¹¹ Lorsque, sur la base d'analyses statistiques de prestations selon le n° 93, il est constaté que les données relatives à la branche/fonction/profession exercée manquent, celles-ci devront être annoncées a posteriori par l'office AI.

4. Annonce à la CdC

- 105 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) font partie intégrante de la CSIP.

4.1 Fréquence des annonces

- 106 Les annonces ont lieu quotidiennement.

4.2 Modalités des annonces

- 107 Les données sont transmises à la CdC selon les « Directives techniques pour l'échange informatisé des données avec la Centrale » (318.106.04).
- 108 Les données transmises à la CdC selon les « Directives techniques pour l'échange informatisé des données avec la Centrale » (318.106.04) doivent être conservées pendant 18 mois au moins de sorte que, en cas de besoin, les annonces puissent être répétées (support de données perdu ou endommagé, erreur de manipulation, etc.).

4.3 Traitement des retours de la CdC

- 109 La CdC vérifie la cohérence des données à leur réception.
- 110 Si les données transmises contiennent des erreurs, la CdC les signale à l'office AI compétent.
- 111 L'office AI corrige l'erreur dans ses dossiers et transmet la correction à la CdC selon les « Directives techniques pour l'échange informatisé des données avec la Centrale » (318.106.04).

5. Entrée en vigueur et dispositions transitoires

- 112 La CSIP modifiée entre en vigueur le 1^{er} janvier 2008. A partir de cette date, elle est applicable à toutes les affaires en cours de traitement dans les offices AI.

6. Annexe

La codification est illustrée ci-après par des exemples. Il est recommandé de comparer ces codes avec les listes des codes.

1. Un enfant est annoncé à l'AI immédiatement après sa naissance à cause d'une myéломéningocèle (n° 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 API. C'est l'existence de la myéломéningocèle qui a ouvert ce droit : codes 381 / 91 / 671.
A l'âge de six ans, l'assurance lui remet des appareils pour les jambes ; codes 381 / 03 / 011.
Si une rente et une API étaient octroyées ultérieurement, il n'y aurait pas lieu d'inscrire un code de prestation. Pour l'infirmité, on opérerait entre les n° 381 et 386 selon que 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 en raison 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 avec attestation fédérale en guise de formation professionnelle initiale (386 / 91 / 420). On lui remet aussi un fauteuil roulant (386 / 03 / 091). Enfin, la rente et l'API qui lui seraient octroyées plus tard porteraient les codes 386 / 91.
3. 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.

4. L'AI prend en charge les frais de traitement d'un diabète sucré congénital (OIC 451) qu'un enfant doit suivre. Toutes les prestations accordées porteront 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. 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 qu'en cas d'infirmité congénitale.
5. Si l'AI accorde des mesures médicales selon l'art. 12 LAI jusqu' à l'âge de 20 ans révolus à une personne souffrant de paraplégie, elles porteront les codes 856 / 01 / 300. Par la suite, l'AI lui octroie une formation professionnelle initiale de deux ans avec attestation fédérale dans une activité commerciale (codes 856 / 01 / 420). 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 code de prestation) à une API 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.
6. Il n'y a pas de code d'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 et un fauteuil roulant électrique 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 code de l'atteinte fonctionnelle devrait, comme toujours, être déterminé d'après la prestation AI octroyée.

7. 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 / 451. Cette personne est capable d'exercer une activité lucrative qui exclut l'octroi d'une rente.

- 8 Une personne est victime d'un accident de la route qui lui cause une fracture de la colonne vertébrale et une paraplégie. Les mesures médicales à la charge de l'AI sont prises en charge jusqu'à l'âge de 20 ans révolus et 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.