



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM)

Valable à partir du 1^{er} janvier 2022

Datum

318.507.06 f

01/22

Avant-propos

Par souci de simplification, seul la forme masculine est utilisée dans le présent document, mais il désigne toujours le genre féminin également.

Au vu des nombreuses modifications apportées à la circulaire, nous avons sciemment renoncé à toutes les énumérer.

Table des matières

Abréviations.....	7
1^{re} partie	10
Droit aux mesures médicales de l'AI en cas d'infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI.....	10
Chapitre 1	11
Droit aux mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI pour le traitement de maladies au sens de l'art. 3 LPGA.....	11
1.1 Notions et principes.....	11
1.2 Délimitations	13
1.3 Début et durée du droit.....	16
1.4 Coordination avec l'assurance-maladie.....	17
1.5 Contrôles médicaux	18
1.6 Cas particuliers	18
1.7 Soins pédiatriques à domicile d'après l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 14, al. 1, let. b, LAI.....	19
1.8 Modifications de l'OIC	33
Chapitre 2.....	34
Particularités de certaines infirmités congénitales	34
2.1 Peau	35
2.2 Squelette.....	36
2.3 Articulations, muscles et tendons	41
2.4 Face.....	45
2.5 Poumons.....	54
2.6 Voies respiratoires	59
2.7 Œsophage, estomac et intestins	60
2.8 Foie, voies biliaires et pancréas	61
2.9 Paroi abdominale	61
2.10 Cœur, vaisseaux et système lymphatique.....	62
2.11 Sang, rate et système réticulo-endothélial.....	63
2.12 Appareil urogénital	65
2.13 Système nerveux central, périphérique et autonome	68
2.14 Maladies mentales et graves retards du développement	80
2.15 Organes des sens	85
2.15 Métabolisme et glandes endocrines	90
2.16 Malformations avec atteinte de plusieurs systèmes d'organes	96

2.17	Autres infirmités	97
2^e partie :		102
Mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI		102
Chapitre 1		102
Conditions d'octroi		102
1.1	Principe	102
1.2	Prolongation des mesures médicales de réadaptation au maximum jusqu'à l'âge de 25 ans (art. 12, al. 2 LAI)	103
1.3	Conditions d'octroi.....	104
1.4	Correction de séquelles stabilisées ou de troubles fonctionnels.....	107
1.5	Délimitation dans le temps par rapport au traitement de l'affection comme telle.....	111
1.6	Ensemble de mesures à caractère de réadaptation prépondérant.....	114
1.7	Traitement des accidents et des maladies professionnelles des personnes assurées obligatoirement en vertu de la LAA	115
1.8	Étendue des prestations dans le cadre de l'art. 12 LAI	116
Chapitre 2.....		117
Droit à des mesures médicales de réadaptation en vertu de l'art. 12 LAI et délimitations par rapport aux séquelles des maladies et des accidents		117
2.1	Maladies infectieuses et parasitaires.....	117
2.2	Néoplasmes (tumeurs) ne figurant pas sur la liste des IC	117
2.3	Maladies allergiques, endocriniennes, du métabolisme et de la nutrition ne figurant pas sur la liste des IC.....	118
2.4	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, à l'exclusion des néoplasmes, ne figurant pas sur la liste des IC	118
2.5	Psychoses, psychonévroses et troubles de la personnalité, ne figurant pas sur la liste des IC	118
2.6	Maladies du système nerveux ne figurant pas sur la liste des IC.....	120
2.7	Maladies des organes des sens ne figurant pas sur la liste des IC.....	123

2.8	Maladies de l'appareil circulatoire, si elles ne figurent pas sur la liste des IC.....	129
2.9	Maladies de l'appareil respiratoire ne figurant pas sur la liste des IC	129
2.10	Maladies de l'appareil digestif ne figurant pas sur la liste des IC.....	129
2.11	Maladies des organes génito-urinaires ne figurant pas sur la liste des IC.....	130
2.12	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ne figurant pas sur la liste des IC	130
2.13	Maladies des os et organes de locomotion ne figurant pas sur la liste des IC.....	131
3 ^e partie		139
Obligation de l'AI de prendre en charge des prestations en fonction des différents genres de mesures selon les art. 12 LAI et 13 LAI.....		139
Introduction : conditions d'assurance (Cf. 2 ^e me partie de la CPAI)		139
4 ^e partie :		166
4.1	Étendue et application des mesures.....	166
4.2	Traitement par des médecins ou des auxiliaires paramédicaux.....	166
4.3	Remise de médicaments, de moyens et appareils, et réalisation d'analyses	167
4.4	Appareils de traitement	172
4.5	Efficacité, adéquation et économicité de la méthode de traitement.....	173
4.6	Traitement dans un établissement hospitalier	174
4.8	Traitement à domicile	177
4.9	Application des mesures médicales à l'étranger.....	178
4.10	Frais de transport par hélicoptère.....	181
5^e partie :		183
Dispositions finales et transitoires.....		183
Annexe 1		184
Liste des produits diététiques et médicaments autorisés en cas de maladies métaboliques congénitales au sens de l'OIC184		
Annexe 2		193

Registre des spécialistes SSO en orthopédie dento-faciale (ch. 208-210.3 et 218.1).....	193
Annexe 3	194
Liste des cas à soumettre à l'OFAS.....	194
Annexe 4	195
Directives médicales relatives aux IC 404	195
1. Partie générale.....	195
1.1 Attribution de la prise en charge des prestations à l'assurance compétente	195
1.2 Limites d'âge.....	195
1.3 Demandes après 9 ans révolus.....	196
1.4 Obligation de traitement (ch. 404.3 CMRM)	197
2. Partie spéciale.....	197
2.1 Critères de reconnaissance.....	197
2.1.1 Troubles du comportement	198
2.1.2 Troubles de l'impulsion.....	199
2.1.3 Troubles de la perception.....	199
2.1.4 Troubles de la concentration	201
2.1.5 Troubles de l'attention	202
2.1.6 Intelligence.....	203
2.2 Diagnostic différentiel	203
2.3 Outils diagnostiques.....	204
Annexe 5	206
Formulaire «Demande de prise en charge par l'AI de médicaments Off-label»	206

Abréviations

AELE	Association européenne de libre-échange
AI	Assurance-invalidité
al.	Alinéa
ALCP	Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes
AOS	Assurance obligatoire des soins
AM	Assurance militaire
API	Allocations pour impotent
Aréf	Arrêté fédéral du 4 octobre 1962 concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'assurance-vieillesse et survivants et dans l'assurance-invalidité
art.	Article
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral (publié dans le Recueil officiel)
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CC	Code civil suisse
CGC	Circulaire sur la gestion des cas
Ch.	chiffre
CSI	Circulaire sur l'impotence
CMRP	Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

CVC	Cathéter veineux central
dB	Décibel
EAE	Efficacité, adéquation, économicité
EEG	électro-encéphalogramme
IDS	Syndrome de déficience immunitaire
LA	Liste des analyses
LAA	Loi sur l'assurance-accidents
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LMT	Liste des médicaments avec tarif
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
LS	Liste des spécialités
MMC	Myéloméningocèle
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OIC-DFI	Ordonnance concernant les infirmités congénitales
Pa	Personne assurée
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité
SMR	Service médical régional
SPO	Syndrome psycho-organique
SSI	Supplément pour soins intenses
SSO	Société suisse d'odonto-stomatologie
TF	Tribunal fédéral

1^{re} partie

Droit aux mesures médicales de l'AI en cas d'infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI

Chapitre 1

Droit aux mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI pour le traitement de maladies au sens de l'art. 3 LPGA

1.1 Notions et principes

- 1
1/22 Les assurés ont droit jusqu'à l'âge de 20 ans révolus, sans égard aux futures possibilités de réadaptation à la vie professionnelle, aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 13, al. 1 et 2 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA), conformément à l'art. 14, al. 1. Un droit éventuel à une rente ne s'oppose pas au droit à des mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI.
- 2
1/22 L'AI ne peut cependant octroyer des prestations en vertu de l'art. 13 LAI que s'il s'agit d'infirmités congénitales figurant dans l'annexe de l'OIC-DFI, ou désignées comme telles par le Département fédéral de l'intérieur en vertu de l'art. 1 OIC-DFI La liste des infirmités congénitales est exhaustive (ATF 122 V 113, consid. 3a/cc).
- 3
1/22 Tout citoyen peut déposer auprès de l'OFAS une demande dûment étayée d'admission d'une infirmité congénitale dans l'OIC-DFI au moyen du formulaire officiel. En ce qui concerne les syndromes, voir toutefois les ch. 6 et 10.
- 4
1/17 Les infirmités congénitales au sens de l'AI sont des infirmités qui existent à la naissance accomplie. La naissance est réputée accomplie au sens de l'art. 31, al. 1, du code civil lorsque le corps de l'enfant vivant est complètement sorti de celui de la mère (RCC 1967, p. 309). La condition est également considérée comme remplie si l'infirmité congénitale n'est pas encore reconnaissable comme telle à ce moment-là,

mais que, plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments nécessaires à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie (RCC 1989, p. 222 ; voir art. 1, al. 1, OIC-DFI ; ATF 122 V 113, consid. 1a, p. 114, et arrêt du TF 9C_639/2013 du 21.3.2014, consid. 1.1).

- 5
1/17
- Selon l'annexe de l'OIC-DFI, les affections ne sont considérées comme des infirmités congénitales que si les symptômes essentiels qui les caractérisent sont apparus dans un laps de temps déterminé (ch. 282, 424 OIC-DFI). Peu importe que le diagnostic décisif fondé sur ces symptômes n'ait été posé que plus tard. Exception : ch. 404 OIC-DFI (VSI 1997, p. 126, VSI 2002, p. 61 ; voir arrêt du TF 8C_300/2007 du 14.1.2008, consid. 2, et 8C_149/2007 du 22.1.2008, consid. 2.2).
- 6
1/17
- Les affections qui ne sont pas susceptibles d'être soignées par l'application d'un traitement scientifiquement reconnu ne figurent pas sur la liste des infirmités congénitales (VSI 2003, p. 214). Cependant, elles peuvent parfois ouvrir le droit à d'autres prestations (mesures de réadaptation d'ordre professionnel, moyens auxiliaires ou rente).
- 6.1
1/17
- Néanmoins, si certains des symptômes du syndrome remplissent les critères d'une infirmité congénitale, ils peuvent être pris en charge sous le couvert du chiffre de ladite infirmité congénitale. La sténose aortique sous-valvulaire en cas de syndrome de Smith Magenis est par exemple prise en charge dans le cadre du ch. 313, mais le syndrome en lui-même ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de l'AI (voir également ch. 10).
- 6.2
1/17
- L'AI prend en charge les mesures médicales nécessaires, prescrites par un médecin, qui sont efficaces, appropriées et économiques (critères EAE) (arrêt du

TF 8C_289/2010 du 6.12.2010, consid. 2.1). Les mesures médicales de l'AI comprennent des médicaments, des interventions chirurgicales, des traitements de physiothérapie, de psychothérapie et d'ergothérapie ainsi que des appareils de traitement qui répondent à ces critères (art. 14, al. 1 LAI).

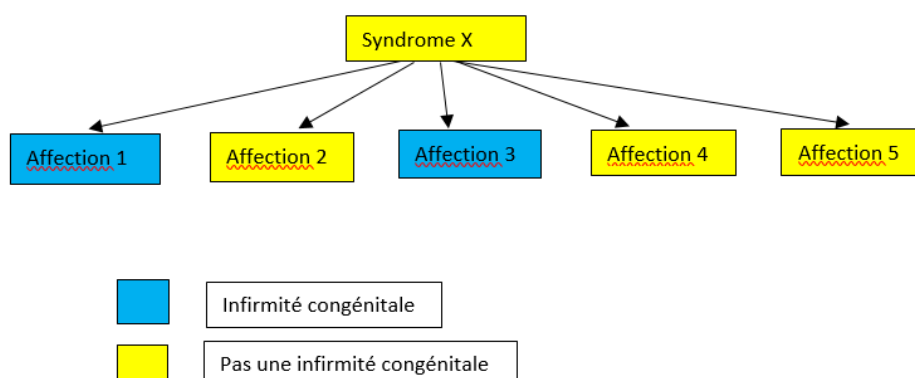
6.3
1/17 L'AI ne prend pas en charge les prestations médicales qui ne remplissent pas les critères EAE (par ex. la musicothérapie, voir ch. 1026).

1.2 Délimitations

- 7 Si une affection peut être aussi bien acquise que congénitale et que, dans le cas d'espèce, il existe des doutes sur l'authenticité d'une infirmité congénitale dans la situation examinée, l'avis dûment motivé d'un médecin spécialisé, qui tient celle-ci pour hautement probable en se fondant sur l'enseignement médical actuel, est alors déterminant.
- 8 Pour admettre l'existence d'une infirmité congénitale, il ne suffit pas que le diagnostic posé corresponde à l'une des infirmités figurant dans l'annexe de l'OIC-DFI, puisque certaines de ces affections, telles que les tumeurs ou les épilepsies, peuvent être acquises. S'il n'y a pas d'indications suffisantes à ce sujet dans le rapport médical, il faut examiner, en se basant sur l'anamnèse, sur l'état de l'assuré et sur d'éventuelles instructions complémentaires, s'il s'agit bien de la forme congénitale de la maladie.
- 9 En cas d'infirmités dues à plusieurs causes dont certaines existaient déjà à la naissance accomplie et dont les autres ne sont apparues que plus tard, l'AI prend en charge le traitement pour autant que les causes existant à la naissance l'emportent sur les influences externes ultérieures.

10 Les syndromes sont des entités caractérisées par une combinaison de symptômes qui surviennent généralement simultanément et ensemble (par exemple, le syndrome de Smith-Magenis [délétion 17p11.2]). Les syndromes en tant que tels ne peuvent faire l'objet d'un traitement scientifiquement reconnu et ne sont donc pas considérés comme des infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI (ch.° 6 et 6.1). Toutefois, dans le cas d'enfants souffrant d'un syndrome, l'AI peut couvrir les mesures médicales pour le traitement des symptômes qui constituent une infirmité congénitale au sens de l'AI (par exemple, les malformations cardiaques dans le cas du syndrome de Smith-Magenis au sens du ch. 313 OIC-DFI).

10.1 Les coûts du traitement des symptômes du syndrome (resp. de l'anomalie chromosomique) qui ne sont pas eux-mêmes qualifiés d'infirmités congénitales au sens de l'AI ne peuvent être couverts par l'AI (par exemple, l'hypertélorisme ou le retard de développement du langage et de la motricité dans le syndrome de Smith-Magenis).



11 Le traitement d'atteintes à la santé *qui constituent une conséquence de l'infirmité congénitale* est à la charge de l'AI si les manifestations pathologiques secondaires sont en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale et qu'aucun événement extérieur

n'intervient de manière déterminante dans le processus. Dans ces cas-là, il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse les conditions particulières prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale (voir ch. 18). Il importe cependant de fixer des exigences sévères à la reconnaissance d'un lien de causalité qualifié entre une infirmité congénitale et une atteinte à la santé secondaire (ATF 100 V 41, consid. 1a, et ATF 129 V 207, consid. 3.3).

Exemples :

- L'opération destinée à supprimer un trouble du transit intestinal dû à un neurofibrome est à la charge de l'AI en tant que suite directe de l'infirmité congénitale reconnue selon le ch. 481 OIC-DFI. La correction d'une anomalie de réfraction provoquée par une dysostose (ch. 123 OIC-DFI) peut être prise en charge par l'AI indépendamment de l'existence des conditions particulières énumérées au ch. 425 OIC-DFI.
- Les convulsions cérébrales ou troubles neurologiques consécutifs à une malformation cérébrale ou à une hydrocéphalie ne doivent pas être prises en charge en vertu du ch. 387 ou du ch. 390 mais en vertu du chiffre correspondant à l'affection primaire, c'est-à-dire sous le ch. 386 OIC-DFI ou le ch. 381 OIC-DFI.

12 Si des affections intercurrentes, qui ne constituent pas une conséquence directe de l'infirmité congénitale, surviennent au cours d'une hospitalisation motivée par cette dernière, leur traitement n'est à la charge de l'AI que si elles sont d'une importance manifestement secondaire et le demeurent aussi longtemps qu'elles existent.

13 *Si l'existence d'une infirmité congénitale figurant dans l'OIC-DFI complique par un effet direct l'application d'un traitement dentaire, les frais de l'anesthésie générale nécessaire peuvent être pris en charge par l'AI,*

mais non ceux du traitement dentaire et des anesthésies locales éventuellement requises. En règle générale, un tel traitement sous narcose n'est possible qu'en clinique (voir ch. 403.2).

13.1
1/22

Aucune prise en charge des coûts n'est possible lorsqu'un traitement correspondant ne serait pas applicable sans anesthésie générale également à un enfant en bonne santé du même groupe d'âge.

1.3 Début et durée du droit

14
1/22

Est considéré comme traitement d'une infirmité congénitale tout acte médical ou accompli sous la responsabilité d'un médecin et visant à améliorer ou à maintenir l'état de santé de l'assuré, y compris des contrôles (réguliers). Les assurés ont droit aux mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI dès que le diagnostic est confirmé ou hautement probable, que l'infirmité congénitale nécessite un traitement (dont font partie les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale établie en toute certitude) et que le traitement offre des chances de succès. Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale reconnaît qu'ils sont indiqués (art. 14, al. 2, LAI). Les prestations octroyées doivent être économiques. Il faut que la décision de l'office AI permette de connaître le but de la prestation, le genre (par ex. physiothérapie Bobath), le volume (fréquence et durée des séances) ainsi que la durée prévisible (horizon temporel) du traitement et le fournisseur de prestations.

Une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée – une garantie de prise en charge devrait généralement être délivrée pour deux ans au plus – et les mesures doivent autant que possible être coordonnées avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là.

Un contrôle de la réussite thérapeutique, associant les médecins traitants, doit être effectué régulièrement.

- 15 De par la loi, ce droit s'éteint sans exception au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré accomplit sa vingtième année, même si un traitement continue au-delà de ce terme (art. 13, al. 1, LAI). C'est pourquoi le terme des mesures doit être fixé à la fin du mois au cours duquel l'assuré accomplit sa vingtième année, sauf si, selon l'expérience générale, le traitement peut être terminé plus tôt. Le prononcé indiquera donc *expressément* qu'une prolongation des mesures est exclue et qu'un traitement ultérieur ressortit désormais au domaine de l'assurance-maladie.
- 16 Si, de l'avis d'un médecin spécialisé, le traitement est considéré comme achevé avant l'âge de 20 ans, l'obligation à prestations de l'AI s'éteint. La prise en charge de mesures supplémentaires (par ex. nouveaux contrôles hors plan de traitement) est possible uniquement si leur nécessité peut être justifiée de manière plausible comme présentant un lien de causalité direct avec l'infirmité congénitale préexistante.

1.4 Coordination avec l'assurance-maladie

- 17 Il convient de distinguer la coordination des prestations de l'obligation de prendre provisoirement en charge. L'assurance-maladie est tenue de prendre provisoirement le cas à sa charge, vis-à-vis de l'AI, lorsque l'obligation de prendre en charge des prestations n'est pas encore formellement établie (art. 70, al. 2, let. a, LPGA). Dans l'attente de la décision de l'AI, la caisse-maladie doit fournir une garantie de paiement ou effectuer les paiements pour les frais de soins (art. 113 OAMal). Le remboursement a lieu en vertu de l'art. 71 LPGA.

1.5 Contrôles médicaux

- 18 Les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale reconnue comme telle, qui, à part les contrôles, ne nécessite pas encore de mesure médicale particulière ou que l'on ne peut pas encore traiter (en particulier en cas de malformation cardiaque), font partie du traitement de l'infirmité congénitale. La fréquence de tels contrôles de surveillance doit être maintenue dans des limites raisonnables.
- 19 Les contrôles médicaux pendant un traitement ou après celui-ci ne sont pris en charge par l'AI qu'aussi longtemps qu'ils demeurent en corrélation étroite et adéquate avec le traitement de l'infirmité congénitale elle-même. Dans le cas des infirmités congénitales pour lesquelles la durée des obligations de l'AI est exactement délimitée dans la liste de l'annexe de l'OIC-DFI, aucun contrôle subséquent ne peut être pris en charge au-delà du terme fixé (voir exemple au ch. 494 OIC-DFI), à moins qu'on ne constate une autre infirmité congénitale. Lorsque l'assuré a 20 ans révolus, c'est l'art. 3^{ter}, al. 1, RAI qui s'applique (voir ch. 15).

Exemple :

Si l'assuré souffre de l'infirmité congénitale du ch. 494 OIC-DFI, l'assurance ne peut plus prendre en charge les traitements, non plus que l'octroi de médicaments, et les contrôles ambulatoires/hospitaliers à partir du jour suivant la première sortie de l'hôpital (voir ch. 494.3).

1.6 Cas particuliers

- 20 Pour certaines infirmités, l'AI n'assume les frais que si un traitement particulier mentionné dans la liste des infirmités congénitales (opération, appareillage, traitement par appareil plâtré ou traitement hospitalier) est nécessaire (par ex. ch. 180 OIC-DFI).

-
- 21 Si tel est le cas, l'assurance prend à sa charge l'ensemble du traitement de l'infirmité congénitale à partir du moment où commence le traitement particulier. Ce moment doit être fixé dans la décision (voir les ch. 208 à 210.1).
- 22 En revanche, l'AI n'est pas tenue de verser des prestations pour le traitement d'affections qui existaient déjà avant le traitement particulier de l'infirmité congénitale et qui n'ont pas de rapport de causalité étroit avec celle-ci, même si leur guérison constitue une condition à l'application du traitement particulier.

Exemple :

L'AI n'est pas tenue de prendre en charge le traitement de caries dentaires précédant des mesures d'orthopédie maxillaire (ch. 207 OIC-DFI à 210 OIC-DFI) ni celui d'une mycose du pied avant la pose d'un plâtre de redressement (ch. 177 OIC-DFI ou 182 OIC-DFI).

1.7 Soins pédiatriques à domicile d'après l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 14, al. 1, let. b, LAI

- 23.1
1/22 Une liste exhaustive des prestations fournies dans le domaine des soins pédiatriques à domicile pouvant être prises en charge par l'AI en tant que mesures médicales au sens des art. 13 et 14, al. 1, let. b, LAI a été établie (ATF 136 V 209). Le temps maximal pouvant être pris en charge a également été déterminé pour chaque prestation.
- 23.2
1/22 Les prestations fournies dans le domaine des soins psychiatriques à domicile chez les assurés mineurs ne sont pas prises en charge par l'AI.
- 23.3
1/22 La liste des mesures médicales énumère les prestations pouvant être fournies par une organisation d'aide et de soins à domicile aux frais de l'AI, à moins que les

parents ou d'autres proches ne s'en chargent à titre bénévole dans la mesure de leurs capacités.

23.4
1/22

La liste des mesures médicales pouvant être fournies par une organisation d'aide et de soins à domicile aux frais de l'AI énumère uniquement les prestations destinées au traitement de l'infirmité congénitale et de ses conséquences directes. L'AI ne prend pas en charge les soins de base et les prestations servant au traitement d'affections sans lien avec l'infirmité congénitale, ni les mesures dont les parents ou d'autres proches se chargent à titre bénévole dans la mesure de leurs capacités.

23.5
1/22

Les prestations fournies dans le domaine des soins pédiatriques à domicile pouvant être prises en charge en tant que mesures médicales au sens des art. 13 et 14, al. 1, let. b, LAI sont divisées en quatre catégories, présentées dans les tableaux suivants avec les durées correspondantes.

1. Mesures d'instruction et de conseil	Temps maximal pouvant être pris en charge
<p>1.1 Détermination et documentation des soins nécessaires et de l'environnement du patient (de l'assuré), et planification des mesures nécessaires (= diagnostics infirmiers et objectifs des soins) en accord avec le médecin, l'assuré et d'autres services éventuellement impliqués (y c. détermination ultérieure des besoins et consultations médicales par téléphone).</p>	<p>Max. 8 heures par nouveau cas et/ou par révision</p>
<p>1.2 Conseils et instructions à l'assuré et aux personnes intervenant à titre non professionnel dans l'exécution des soins, notamment en relation avec la maladie, la prise de médicaments ou l'utilisation d'appareils médicaux. Instructions sur les tâches de soins et réalisation des contrôles nécessaires. Ces prestations doivent être documentées de manière détaillée :</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - depuis le début des soins à domicile, au total <li style="padding-left: 40px;">- puis 	<p>Max. 45 heures au cours des trois premiers mois</p> <p>Max. 35 heures par année</p>
<p>1.3 Mesures de coordination pour les situations de soins à la fois très complexes et très instables.</p> <p><i>« Coordination » signifie que des contacts directs ont lieu entre les soignants et le médecin ou le personnel paramédical afin de coordonner le traitement médical.</i></p> <p><i>« Très complexes » signifie qu'en règle générale, plusieurs médecins spécialistes sont impliqués.</i></p> <p><i>« Instables » signifie que le temps nécessaire aux soins varie fréquemment et dans des proportions importantes.</i></p>	<p>Max. 6 heures par semaine</p>

2. Mesures d'examen et de traitement 1	Temps maximal pouvant être pris en charge
Evaluation de l'état général (y c. prise des constantes vitales)	10 minutes par intervention
Prélèvement pour examen de laboratoire	20 minutes par prélèvement (40 minutes avec CVC)
Mesures de thérapie respiratoire (par ex. administration d'oxygène, inhalation, exercices respiratoires simples, aspiration)	60 minutes par intervention
Pose de sondes et/ou de cathéters, et mesures médicales qui y sont liées	35 minutes par intervention
Mesures médicales en cas d'alimentation entérale ou parentérale, y c. préparation et exécution	alimentation entérale : 75 minutes par intervention alimentation parentérale : 165 minutes par jour
Mesures médicales en cas de dialyse péritonéale	120 minutes par intervention

Préparation et administration de médicaments	
<ul style="list-style-type: none"> • par voie orale, sous-cutanée, intramusculaire, anale ou transdermale, ou par sonde 	45 minutes par intervention (jusqu'à 10 médicaments différents), au-delà, selon le temps d'intervention effectif par jour, avec motivation
<ul style="list-style-type: none"> • par voie intraveineuse ou courtes perfusions 	60 minutes par médicament plus 45 minutes pour chaque médicament suppl. administré par intraveineuse
<ul style="list-style-type: none"> • transfusions, antiviraux, cytostatiques 	2 heures par intervention
Problèmes cutanés	
<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance et évaluation en cas de problèmes cutanés complexes et importants, y c. traitement médical de plaies, de cavités, soins de stomatologie, etc. 	60 minutes par intervention
<ul style="list-style-type: none"> • Épidermolyse bulleuse 	120 minutes par intervention
<ul style="list-style-type: none"> • Mesures médicales de balnéothérapie en cas de problèmes cutanés complexes 	30 minutes par intervention
Mesures médicales en cas de troubles de la miction ou de la défécation	60 minutes par intervention
Contrôle des symptômes et mesures médicales correspondantes dans les soins palliatifs et pour les personnes en phase terminale	Demande par le médecin traitant en collaboration avec le personnel soignant impliqué

3. Mesures d'examen et de traitement 2 : surveillance médicale de courte durée	Surveillance de courte durée (évaluation clinique)
---	---

SYSTÈME ORGANIQUE	Problèmes / risques	Pathologie ; indication médicale (sélection)	Durée (en heures)
RESPIRATION	Risque d'arrêt respiratoire	Troubles de la régulation respiratoire, obstruction des voies respiratoires, troubles de la diffusion, faiblesse des muscles respiratoires, problèmes de la paroi thoracique	0,25 à 1,0 par jour
	Déficience respiratoire aiguë		
	Insuffisance respiratoire		
	Risque de fausse route (d'aspiration)		
CŒUR	Arrêt cardiaque	Arythmie, hypoplasie, malformations, patient sur liste d'attente pour transplantation ou opération	0,5 à 1,5 par jour
	Insuffisance cardiaque		
	Arythmie		
	Etat hypoxique		
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL ET PÉRIPHÉRIQUE	État de mal épileptique	Contractions musculaires, arrêt respiratoire, rhabdomyolyse	0,5 à 1,5 par jour
	Épilepsie réfractaire	Contractions musculaires, blocage de facteurs déclenchants	
	Crises de dystonie	Forte fièvre, contractions musculaires, apnées	
	Spasmes focaux en cas de parésie cérébrale	Arrêt respiratoire par contraction du pharynx	

	Troubles de la conscience	Hypertension intracrânienne, tumeur, hydrocéphalie, variations métaboliques	
	Dysfonction autonome	Troubles du système neurovégétatif, fièvre centrale, hypothermie, trouble cardio-vasculaire (tension artérielle / pouls)	
MÉTABOLISME	Crises métaboliques (faim, vomissements, stress)	Brusque variation, crise aiguë en lien avec : glucose (cétose), électrolytes, ammoniaque, protéines, lipides, etc.	0,5 à 1,5 par jour
	Crises endocrinologiques	Crise aiguë en lien avec : glandes surrénales, thyroïde, hypophyse	
REINS	Insuffisance rénale aiguë	Crise en lien avec : équilibre hydrique et électrolytique	0,5 par jour
FOIE	Insuffisance hépatique aiguë	Troubles de la coagulation, coma hépatique	0,5 par jour
SYSTÈME IMMUNITAIRE ET	Infection aiguë	Septicémie, pneumonie	0,5 à 1,5 par jour

HÉMATOLOGIQUE	Rejet aigu	Réaction de rejet avec dysfonctionnement de l'organe	
	Hémorragie aiguë	Hémorragie potentiellement mortelle ou mettant l'organe en danger	
DIGESTION	Reflux réfractaire grave	Reconnaissance de la satiété aiguë (air, suc gastrique)	0,5 par intervention, 6 fois par jour au maximum
	Intolérance alimentaire aiguë, trouble de la résorption, malabsorption	Changements d'alimentation (passage partiel à l'alimentation parentérale, nutrition clinique)	

4. Mesures de surveillance médicale de longue durée

(voir tableau figurant dans la lettre circulaire n° 394)

SYSTÈME ORGANIQUE	Problèmes / risques (diagnostic infirmier*)	Pathologie ; indication médicale (sélection)
RESPIRATION	Risque d'arrêt respiratoire	Troubles de la régulation respiratoire, obstruction des voies respiratoires, troubles de la diffusion, faiblesse des muscles respiratoires, problèmes de la paroi thoracique
	Déficiences respiratoires aiguës	
	Insuffisance respiratoire	
	État de mal épileptique	Contractions musculaires, arrêt respiratoire, rhabdomyolyse

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL ET PÉRIPHÉRIQUE	Épilepsie réfractaire	Contractions musculaires, blocage de facteurs déclenchants
	Crises de dystonie	Forte fièvre, contractions musculaires, apnées
	Spasmes focaux en cas de parésie cérébrale	Arrêt respiratoire par contraction du pharynx
	Troubles de la conscience	Hypertension intracrânienne, tumeur, hydrocéphalie, variations métaboliques
	Dysfonction autonome	Troubles du système neurovégétatif, fièvre centrale, hypothermie, trouble cardio-vasculaire (tension artérielle / pouls)
MÉTABOLISME	Crises métaboliques (faim, vomissements, stress)	Brusque variation, crise aiguë en lien avec : glucose (cétose), électrolytes, ammoniacque, protéines, lipides, etc.
	Crises endocrinologiques	Crise aiguë en lien avec : glandes surrénales, thyroïde, hypophyse
CŒUR	Arrêt cardiaque	Arythmie, hypoplasie, malformations, patient sur liste d'attente pour transplantation ou opération
	Insuffisance cardiaque	
	Arythmie	
	État hypoxique	

*À ne pas confondre avec le diagnostic médical, le diagnostic infirmier fait partie intégrante du processus de soins et consiste en un jugement clinique portant sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels d'un patient (ou de sa

famille). Le diagnostic infirmier diffère du diagnostic médical dans la mesure où ce dernier décrit des maladies ou des troubles organiques.

- 23.6
1/22 L'expression « par intervention » figurant dans les tableaux désigne une présence ininterrompue auprès de l'assuré (depuis l'arrivée chez celui-ci jusqu'au départ de son domicile). Si le traitement médical l'exige, plusieurs interventions par jour sont admises.
- 23.7
1/22 La liste ci-dessus doit être utilisée pour déterminer le temps nécessaire pour chaque prestation devant, médicalement parlant, être fournie par le service de soins à domicile. Pour chaque prestation, le temps maximal pouvant être pris en charge est indiqué en tant que limite supérieure ou sous la forme d'une fourchette. Ces valeurs tiennent déjà compte de situations très difficiles nécessitant beaucoup de temps et ne peuvent être dépassées que dans des cas exceptionnels dûment motivés. Dans la majorité des cas, le temps nécessaire pour les soins devrait être inférieur au plafond indiqué.
- 23.8
1/22 Le temps passé à documenter les soins est inclus dans les valeurs maximales.
- 23.9
1/22 Il n'existe en aucun cas un droit à la facturation forfaitaire des durées indiquées.
- 23.10
1/22 Les durées indiquées constituent les plafonds applicables lorsqu'une seule prestation est fournie. Mais lorsque plusieurs prestations sont prévues, il faut tenir compte du fait que certaines d'entre elles peuvent être réalisées en parallèle. Il n'est donc pas question d'additionner les plafonds des différentes prestations ; il faut déterminer la durée de présence nécessaire du personnel médical en tenant compte des actes pouvant être effectués en parallèle.
- 23.11
1/22 La liste ci-dessus vise à aider les offices AI à évaluer les besoins en soins. Le temps relevé pour effectuer

les soins correspond à la durée maximale que les services de soins à domicile peuvent facturer. La part assumée à titre bénévole par les parents n'est pas prise en compte, mais elle est prise en considération dans la procédure d'instruction de l'AI. Les changements dans la part assumée par les parents entraînent une adaptation de la décision.

- 23.12
1/22
- On entend par surveillance médicale de courte durée une observation approfondie du patient réalisée sur un certain laps de temps (par jour ou par semaine) afin de pouvoir mieux déterminer l'état général de l'enfant / de l'adolescent. L'objectif principal de cette surveillance est de pouvoir déceler le plus tôt possible les signes d'une détérioration de l'état de santé et prendre immédiatement les mesures qui s'imposent. Un enfant a droit à une surveillance médicale de courte durée lorsqu'il présente un ou plusieurs des problèmes ou risques répertoriés au point 3 « Mesures d'examen et de traitement 2 : surveillance médicale de courte durée » de l'évaluation des besoins par les soins à domicile.
- 23.13
1/22
- Par surveillance médicale de longue durée, on entend les soins prodigués à un enfant ou à un adolescent pour lequel une situation mettant en danger sa santé ou même sa vie peut survenir à tout moment, nécessitant alors l'intervention de personnel médical qualifié. Un enfant / adolescent a droit à une surveillance médicale de longue durée lorsqu'il présente, avec une intensité forte, au moins un diagnostic infirmier pertinent avec une pondération 3 du bloc 1 du formulaire « Évaluation des besoins en surveillance médicale de longue durée ».
- 23.14
1/22
- Le formulaire « Évaluation des besoins par les soins à domicile (avec prescription médicale) » utilisé pour évaluer le droit aux prestations contient toutes les prestations de soins pédiatriques à domicile pouvant être prises en charge en tant que mesures médicales au sens des art. 13 et 14 LAI.

- Dès lors que le besoin de surveillance médicale de longue durée est avéré, les services de soins à domicile déterminent, à l'aide du formulaire « **Évaluation des besoins en surveillance médicale de longue durée** », l'étendue de la surveillance en question et demandent les heures indiquées auprès de l'office AI en joignant l'analyse des besoins et le plan de soins individuel.
- Afin que la prescription médicale de soins à domicile soit uniforme, seul le formulaire « **Prescription médicale de soins à domicile** » (disponible à la fin du formulaire « Évaluation des besoins par les soins à domicile »), doit être utilisé à cet effet.

23.15
1/22

Le « Manuel : Classement des prestations de surveillance médicale » constitue une aide pour évaluer les besoins de surveillance médicale de courte et de longue durées. Il explique comment utiliser les formulaires et quelle est la procédure pour les demandes de prestations médicales à domicile. Ce manuel est publié sur <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/f/5634> de même que le document « Évaluation des besoins par les soins à domicile » et les FAQ (foires aux questions).

23.16
1/22

Les cas de longue durée et les cas complexes devraient toujours faire l'objet d'une enquête sur place, à moins que les pièces au dossier ne soient suffisamment claires pour permettre une décision sans ambiguïté. Sont réputés cas de longue durée les missions de soins à domicile de plus de 3 mois, et cas complexes les missions de plus de 14 heures par semaine ou de plus de 2 heures par jour.

23.17
1/22

Lors de chaque enquête sur place concernant l'allocation pour impotent (API) ou le supplément pour soins intenses (SSI), il faut également évaluer le besoin de prestations de soins à domicile si une demande en ce sens a été déposée (voir Circulaire sur l'impotence

[CSI]). Attention : la même prestation ne doit pas être prise en compte deux fois. Autrement dit, les prestations de soins à domicile doivent être déduites de la durée couverte par le SSI.

- 23.18
1/22
- Examen d'une demande de prestations de soins à domicile par l'office AI : les prestations sont demandées par le service de soins à domicile au moyen du formulaire « Évaluation des besoins par les soins à domicile » et examinées par l'office AI.
- 23.19
1/22
- L'office AI vérifie :
- si la demande a été soumise avec le formulaire officiel (« Évaluation des besoins par les soins à domicile ») ;
 - si les mesures demandées sont motivées de manière plausible et, le cas échéant, il consulte le service médical régional (SMR) ; toute demande de surveillance de longue durée, en particulier, requiert une vérification détaillée de la motivation pour les diagnostics infirmiers dont l'intensité est jugée « forte » par le service de soins à domicile et, en règle générale, un avis du SMR ;
 - si l'évaluation des besoins et le plan de soins individuel ont bien été joints au formulaire « Évaluation des besoins par les soins à domicile » pour une demande de surveillance de longue durée ;
 - si les règles de non-cumul ont été respectées ; le cas échéant, il corrige la demande en conséquence ;
 - si la demande a une influence sur l'API, sur le SSI ou sur la contribution d'assistance (CA).
- 23.20
1/22
- Pour toute demande de surveillance médicale de longue durée, il faut également indiquer, dans la colonne « Description » du formulaire « Évaluation des

besoins par les soins à domicile », les « Mesures d’instruction et de conseil » et les « Mesures d’examen et de traitement » (tableau 2) nécessaires. Si ces mesures peuvent être réalisées pendant la surveillance médicale de longue durée, il est inutile d’indiquer le temps qu’elles prennent. Par contre, si une durée est donnée pour ces prestations, cela signifie qu’elles ne peuvent pas être fournies en même temps que la surveillance médicale de longue durée. Le service de soins à domicile doit cependant en donner les raisons afin que cette durée puisse être prise en compte en sus.

- 23.21
1/22
- Les prestations médicales fournies par le service de soins pédiatriques à domicile mais non octroyées par l’office AI ne sont pas prises en charge par l’assurance-invalidité. Ces prestations peuvent toutefois être fournies dans le cadre de la surveillance médicale de longue durée, à condition que cela ne nuise pas à l’activité de surveillance. Elles n’ont pas d’influence sur les durées devant être remboursées par l’AI et ne peuvent donc pas en être déduites. Si toutefois des soins de base sont fournis pendant une surveillance médicale de longue durée et ont une influence sur le montant de l’API, du SSI ou de la CA, ils doivent être pris en compte dans le calcul de ce montant (voir CSI).
- 23.22
1/22
- La décision concernant le volume maximal des prestations des organisations de soins pédiatriques à domicile pouvant être prises en charge par l’AI incombe exclusivement à l’office AI compétent. La demande du service de soins à domicile ne doit être acceptée que si le besoin est exprimé de manière transparente, compréhensible, documentée et motivée. La situation de soins individuelle doit être prise en compte de manière appropriée lors de l’octroi des prestations.
- 23.23
1/22
- La décision ou communication envoyée aux assurés doit indiquer dans deux rubriques séparées le temps pris en charge par l’AI au titre des « mesures d’instruction et de conseil » et celui pris en charge au titre des

« mesures d'examen et de traitement » (y c. surveillance de courte et de longue durées). Pour les « mesures d'instruction et de conseil » est inscrit le temps qui correspond à la durée de validité de la décision. Pour toutes les autres mesures, les durées doivent être fixées par semaine calendaire (système appliqué : voir prescription médicale de soins à domicile). Lors du contrôle des factures, il faut veiller à ce que les deux catégories restent séparées et que chacune soit facturée selon le tarif correspondant.

23.24
1/22

Les prestations d'instruction et de conseil sont facturées sous le chiffre 53301 « a) Prestations d'évaluation et de conseil, assuré AI, par tranche de 5 minutes ».

Les prestations d'« examen et de traitement 1 », d'« examen et de traitement 2 : surveillance médicale de courte durée » et les « mesures de surveillance médicale de longue durée » sont facturées sous le chiffre 53303 « b) Prestations d'examen et de traitement, assuré AI, par tranche de 5 minutes ».

La facturation du matériel d'usage courant est effectuée en appliquant les montants maximaux de la liste des moyens et appareils (LiMA) de l'annexe 2 de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins.

23.25
1/22

Les prestations à prendre en compte pour l'API et le SSI sont mentionnées dans la CSI. Elles incluent notamment la surveillance personnelle permanente (chap. 4.4 et 5.3.3 CSI et art. 39, al. 3, RAI), qui ne nécessite pas l'intervention de personnel médical et qui n'est donc pas considérée comme surveillance médicale de courte ou de longue durée.

1.8 Modifications de l'OIC

- 24.1
1/05 En général, les modifications de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales prennent effet au 1^{er} janvier. Pour les nouvelles infirmités ajoutées à la liste, l'AI peut prendre en charge des prestations à partir de la date de l'entrée en vigueur de la modification de l'ordonnance.
- 24.2
1/22 Pour les infirmités congénitales qui sont supprimées de l'OIC-DFI ou qui font l'objet de critères restrictifs, l'OFAS instruit préalablement les offices AI sur la mise en œuvre pratique.

Chapitre 2

Particularités de certaines infirmités congénitales

2.1 Peau

102 Ptérygions

102.1
1/22 Le ch. 102 OIC-DFI comprend les ptérygions du cou, de l'aisselle, du coude et du genou.

102.2
1/22 Le ptérygion de l'œil (plis triangulaires de la conjonctive dans la région de la paupière) constitue en revanche une atteinte dégénérative acquise.

102.3
1/22 Les syndactylies complexes et complètes sont désormais reprises au ch. 177 OIC-DFI. Les syndactylies cutanées ne sont pas assimilables à des infirmités congénitales.

103 Kystes dermoïdes congénitaux avec extension orbitaire ou intracrânienne, lorsqu'une opération est nécessaire

103.1
1/22 La limitation à des localisations déterminées permet d'exclure les kystes dermoïdes de peu d'importance.

103.2
1/22 Les kystes dermoïdes des ovaires et des testicules doivent être classés dans les tératomes (ch. 486 OIC-DFI).

104 Dysplasies ectodermiques

104.1
1/22 La dysplasie ectodermique est un groupe hétérogène de maladies héréditaires qui se caractérisent par une malformation du développement d'au moins deux structures ectodermiques.

104.2
1/22 Les patients atteints de dysplasie ectodermique souffrent souvent d'oligodontie. De plus, les changements de forme et de structure des dents sont fréquents. Si la dysplasie ectodermique est diagnostiquée avec certitude par un médecin spécialiste, l'AI prend en charge le traitement nécessaire des dents.

-
- 109 Nævus congénitaux, lorsque plusieurs opérations ou un traitement au laser sont nécessaires à l'ablation**
- 109.1 Le nævus doit déjà être présent à la naissance. Les nævus vineux peuvent aussi être classés sous ce chiffre. Ni l'excision chirurgicale en deux ou plusieurs étapes ni un traitement indispensable des nævus vineux au laser ne sont considérés comme de simples excisions.
- 109.2 L'ablation d'un nævus par excision réalisée en une seule opération est considérée comme « simple » et ne remplit pas les critères du ch. 109 OIC-DFI.
- 113** Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI.
- L'amastie et l'athélie ne sont pas assimilables à des infirmités congénitales au sens de l'AI. Si toutefois elles surviennent dans le cadre d'un syndrome de Poland dû à une aplasie du muscle pectoral, elles sont désormais classées sous le ch. 190 OIC-DFI.

2.2 Squelette

- 122 Hémi hypertrophies/hémi atrophies congénitales de la face et/ou du crâne, mais sans asymétries faciales progressives (comme hyperplasie hémimandibulaire, élongation hémimandibulaire, « hyperplasie condylienne »)**
- 122.1 L'enchondromatose est à présent mentionnée au ch. 124 OIC-DFI, sous lequel elle est classée.
- 122.2 Les asymétries faciales progressives (comme hyperplasie hémimandibulaire, élongation hémimandibulaire, « hyperplasie condylienne ») non assimilables à des infirmités congénitales sont dues à des maladies ou sont acquises. Elles sont par conséquent considérées comme des maladies au sens de l'art. 17, let. f, ch. 3, OPAS.

-
- 123** **Dysostoses congénitales**
- 1. Craniosynostoses, lorsqu'une opération est nécessaire, et dysostoses craniofaciales**
 - 2. Dysostoses touchant principalement le squelette axial**
 - 3. Dysostoses touchant principalement les extrémités**
- 123.1 Entrent dans cette catégorie les dysostoses cranio-faciales telles que les dysostoses mandibulo-faciales, les dysostoses cranio-faciales, les dysostoses médio-faciales, des syndromes d'Apert, etc.
- 123.2 Les dysostoses touchant principalement le squelette axial présentent une atteinte au niveau des somites ou du corps vertébral supérieure à 10 (examen radiologique).
1/22
- 123.3 Les craniosynostoses (ancien ch. 142 OIC-DFI) figurent désormais au ch. 123 OIC-DFI, lorsqu'une opération est nécessaire.
1/22
- 123.4 Plagiocéphalie voir ch. 395.3.
1/22
- 124** **Développement désorganisé d'éléments du squelette (par ex. exostoses cartilagineuses congénitales, dysplasie fibreuse, enchondromatoses [à l'exclusion des exostoses solitaires], tumeurs osseuses congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire**
- 124.1 L'enchondromatose (ancien ch. 122 OIC-DFI) et la dysplasie fibreuse (ancien ch. 128 OIC-DFI) sont désormais reprises au ch. 124 OIC-DFI.
1/22

-
- 125** **Hémi hypertrophies congénitales (à l'exclusion de la face ou du crâne), lorsqu'une opération est nécessaire**
- 125.1
1/22 L'hémi hypertrophie congénitale et l'hémi atrophie congénitale de la face ou du crâne doivent désormais être jugées sous l'angle du ch. 122 OIC-DFI.
- 141** **Lacunes congénitales du crâne, comme troubles de l'ossification, lorsqu'une opération est nécessaire**
- 141.1
1/22 Les défauts des seuls tissus mous doivent être jugés sous l'angle du ch. 101 OIC-DFI.
- 152** **Malformations vertébrales congénitales (vertèbres très fortement cunéiformes, vertèbres soudées en bloc type Klippel-Feil, vertèbres aplasiques et vertèbres très fortement dysplasiques)**
- 152.1 Le spina-bifida occulta (persistance de l'ouverture d'un ou plusieurs arcs vertébraux sans malformation simultanée du système nerveux central et de ses enveloppes) n'est pas une infirmité congénitale, mais un trouble post-natal de l'ossification de l'arc vertébral (voir ch. 381 OIC-DFI).
- 163** **Thorax en entonnoir congénital et déformations congénitales combinées de la paroi thoracique, lorsqu'une opération est nécessaire**
- 163.1
1/17 La question de savoir si un thorax en entonnoir exige une opération doit être évaluée du point de vue médico-scientifique par un spécialiste compétent (arrêt du Tribunal fédéral I 693/02 du 10.2.2003).
- 163.2
1/17 Le traitement du thorax en entonnoir par vacuothérapie au moyen d'une cloche d'aspiration n'est pas pris en charge par l'AI, car il ne constitue pas une opération. De plus, l'efficacité de la méthode n'est pas prouvée, et celle-ci n'est prévue que pour les cas bénins.

-
- 164 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI.
- 167 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI.
- 171 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI.
- 172 Pseudarthroses congénitales, y compris pseudarthroses dues à une coxa vara congénitale, lorsqu'une opération est nécessaire**
- 172.1 La pseudarthrose de la clavicule est une dysostose qui peut être prise en charge dans le cadre du ch. 123 OIC-DFI.
- 176 Abrogé. Les malformations des extrémités correspondantes figurent désormais au ch. 177 OIC-DFI.
- 177 Défauts et malformations congénitaux osseux des extrémités (comme amélie, phocomélie, dysmélie, syndactylie complexe complète) lorsque plusieurs opérations, des traitements par plâtres répétés ou un appareillage sont nécessaires**
- 177.1 Ne peuvent être reconnues comme infirmités congénitales les anomalies anatomiques insignifiantes du squelette telles que l'os naviculaire cornutum, l'os tibial externe, l'os vesalianum, etc., indépendamment du fait qu'une opération sera entreprise ou non à cause de la réaction périostale. Ne sont pas non plus assimilables à des infirmités congénitales les déviations axiales (voir ch. 738/938.3) et les affections telles que le digitus superductus, l'hallux valgus (voir ch. 737/938.4), la camptodactylie, etc., parce qu'il s'agit soit d'affections de peu d'importance, soit d'affections acquises, soit d'affections primaires des parties molles. L'opération destinée à maintenir l'égalité de la longueur des deux membres (épiphysiodèse) constitue une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI (voir ch. 1013).

-
- 177.2 Les traitements par appareils au sens du ch. 177 OIC-DFI consistent à appliquer des orthèses orthopédiques dont les effets peuvent être comparés à un traitement par appareil plâtré et qui, selon les circonstances, peuvent être indiquées en lieu et place d'un traitement par appareil plâtré. Pour les bébés avant l'âge de la marche, le traitement par appareil plâtré constitue en règle générale la mesure simple et adéquate.
- 177.3 Les supports plantaires de quelque nature qu'ils soient ne peuvent pas être assimilés à des appareils orthopédiques au sens du ch. 177 OIC-DFI. Après avoir été traité avec succès par opération, appareillage ou plâtre, l'assuré peut cependant avoir droit à des supports plantaires à condition qu'ils représentent un complément important de la mesure médicale.
- 177.4 Ni la dysplasie de la rotule (type Wiberg ou autre), ni une rotule haute, ni toute autre anomalie de position de la rotule, ni même une dysplasie du condyle fémoral externe n'entrent dans la catégorie des infirmités relevant du ch. 177 OIC-DFI. Elles ne constituent pas des infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI et ne peuvent pas non plus être prises en charge sur la base de l'art. 12 LAI.
- 177.5
1/03 Les kystes osseux et les nécroses osseuses aseptiques (par ex. maladie de Köhler) ne constituent pas des infirmités congénitales, mais sont des maladies osseuses qui ne doivent être prises en charge par l'AI ni sur la base de l'art. 12 LAI, ni sur celle de l'art. 13 LAI. Le ch. 461 OIC-DFI demeure réservé.
- 177.6 Les infirmités congénitales qui relèvent en elles-mêmes d'une autre infirmité congénitale de ce chapitre (chap. II de l'annexe de l'OIC-DFI) mais qui n'atteignent pas le degré de gravité exigé ne peuvent pas non plus être prises en charge dans le cadre du ch. 177 OIC-DFI.

-
- 177.7
1/22 On entend par syndactylie complexe complète la fusion de la partie osseuse des doigts jusqu'à la phalange (distale).
- 177.8
1/22 Les adhérences cutanées seules alors que les doigts sont par ailleurs normaux (syndactylies simples) et les syndactylies partielles pour lesquelles la fusion ne va pas jusqu'à la phalange distale ne doivent pas être assimilées à des syndactylies complexes et complètes et ne correspondent pas à des infirmités congénitales au sens de l'AI.
- 177.9
1/22 Les déviations axiales (par ex. genua valga ou metatarsus varus) ne constituent pas des infirmités congénitales au sens de l'AI (voir ch. 738/938.3.1).

2.3 Articulations, muscles et tendons

- 180 Déformations congénitales des pieds (comme pied en Z, talus vertical), lorsqu'une opération, un appareillage ou des traitements par plâtres répétés sont nécessaires, à l'exclusion du pied bot congénital (pied varus équin congénital, ch. 182)**
- 180.1
1/22 La nécessité d'une opération, d'un appareillage ou d'un traitement par plâtres pendant une durée d'au moins 6 mois constitue un indicateur du degré de gravité. Le traitement de la déformation par un seul plâtre ne suffit pas pour qu'une infirmité congénitale au sens de l'art. 13, al. 2, LAI soit reconnue.
- 180.2
1/22 Le pied plat congénital (talus verticalis) est une malformation rare, généralement unilatérale, qui est déjà marquée de façon nette chez le nourrisson. Il convient de la distinguer du pied plat valgus acquis (talus valgus ; pes plano valgus), qui ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de l'AI. D'habitude, le pied plat congénital est déjà fixé à la naissance et requiert l'application d'un appareil plâtré de redressement, puis un traitement avec port de semelles orthopédiques et

d'attelles pendant la nuit. Il est souvent indispensable de pratiquer des interventions chirurgicales sur les parties molles.

Sont par conséquent nécessaires à la reconnaissance d'un pied plat congénital (talus verticalis) au sens du ch. 180 OIC-DFI :

1. un diagnostic posé en général au cours des premières semaines qui suivent la naissance ou au plus tard avant l'âge d'un an ;
2. la mise en évidence, au moyen d'un examen radiologique, de la position anormale de l'astragale et de la subluxation de l'articulation astragalosca-phoïdienne.

182 Pied varus équin congénital

- 182.1 Le véritable pied metatarsus varus n'est pas une variante du pied bot et ne peut donc pas être pris en charge sous ce chiffre.
- 182.2 Dans le cadre du traitement, des supports plantaires peuvent être remis à l'assuré à titre d'appareils de traitement. Pour les chaussures orthopédiques, voir la Circulaire concernant la remise de moyens auxiliaires par l'AI (CMAI).

183 Dysplasie congénitale de la hanche et luxation congénitale de la hanche, lorsqu'un appareillage ou une opération est nécessaire

- 183.1 De nos jours, le diagnostic de luxation congénitale de la hanche et de dysplasie congénitale de la hanche se fait de plus en plus souvent par ultrasonographie, méthode qui a fait ses preuves lorsqu'on veut déterminer le stade et le type de maturation d'après Graf. En règle générale, une vérification à l'aide d'autres méthodes d'imagerie médicale n'est pas nécessaire.

183.2 Classification selon Graf

- I : Hanches normales
- IIa+ Retard de maturation
- :
- IIa- Dysplasie : déficit de maturation survenu à moins de 3 mois
- :
- IIb : Retard d'ossification survenu à plus de 3 mois
- IIc : Dysplasie : risque de luxation
- D : Dysplasie : début de luxation
- III : } Hanche luxée
- IV : }

183.3 1/22

L'infirmité congénitale selon le ch. 183 OIC-DFI est démontrée à partir du moment où une dysplasie de la hanche type D ou une luxation de la hanche type III ou IV est diagnostiquée et que l'indication d'un traitement (appareillage ou une opération) est posée. Le simple fait qu'une thérapie soit indiquée et réalisée, comme c'est déjà le cas aujourd'hui en cas de retard de maturation ou d'ossification (type IIa- ou type IIb) et de risque de décentrement (type IIc), ne remplit pas les critères de l'art. 13 LAI.

183.4 1/22

Les moyens thérapeutiques tels que l'attelle de flexion de hanche de Tübingen ou le harnais de Pavlik sont considérés comme des appareillages. Un traitement par extension ou un plâtre pelvi-pédieux est assimilé à un appareillage.

183.5 1/22

L'AI peut prendre en charge les coûts d'examens ultrasonographiques uniquement à partir du moment où un contrôle a été réalisé, lors duquel une dysplasie de hanche type D ou une luxation de hanche type III ou type IV est diagnostiquée et l'indication de l'appareillage ou de l'opération posée. Si l'obligation de prise en charge des prestations par l'AI est établie, les principes suivants doivent être observés pour la prise en charge des examens ultrasonographiques :

- Le premier examen ultrasonographique post-natal est généralement réalisé en tant que dépistage. Les articulations des hanches sont toujours contrôlées des deux côtés. Les dépistages ne sont pas pris en charge par l'AI, sauf si lors d'un dépistage une dysplasie de hanche de type D ou une luxation de hanche type III ou type IV est diagnostiquée et l'indication d'un appareillage ou d'une opération posée.
- Dès le début de l'obligation de prise en charge par l'AI, les examens ultrasonographiques bilatéraux ne peuvent être remboursés que lorsque les deux hanches sont concernées.

- 183.6 Si une infirmité congénitale au sens du ch. 183 OIC-DFI n'est pas démontrée, les ultrasonographies doivent être classifiées comme dépistage et ne sont pas remboursables par l'AI. Leurs coûts sont pris en charge selon les dispositions de la LAMal.
- 184 Myopathies congénitales et myasthénie congénitale (« syndrome myasthénique congénital »)**
- 184.1 Les myotonies congénitales et les dystrophies myotoniques peuvent également être classées dans cette catégorie.
- 184.2 L'adynamie épisodique héréditaire, qui jusqu'à présent était assurée en vertu du ch. 192 OIC-DFI, est désormais classée sous le ch. 184 OIC-DFI.
- 184.3 Les matelas anti-escarres peuvent être pris en charge en tant qu'appareils de traitement.
- 190 Aplasie et sévère hypoplasie de muscles squelettiques, lorsqu'il y a limitation fonctionnelle**
- 190.1 Une hypoplasie circonscrite du muscle transverse de l'abdomen dans la zone de la fovéa inguinale médiale comme site de passage de la hernie inguinale médiale, qui doit être considérée comme acquise, n'est pas considérée comme une infirmité congénitale, pas

plus qu'une lacune ou une faiblesse de la ligne blanche qui peut conduire à un diastasis du muscle droit abdominal ou à une hernie épigastrique.

- 191 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI.
- 193 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI et le pied plat congénital figure à présent sous le ch. 180 OIC-DFI.

195 Maladies congénitales non inflammatoires des articulations (comme fibromatose hyaline, dysplasie pseudorhumatoïde progressive [DPP])

- 195.1
1/22 La luxation congénitale de la rotule n'est désormais plus reconnue comme une infirmité congénitale au sens de l'AI. Le ch. 195 OIC-DFI comporte maintenant les maladies congénitales non inflammatoires des articulations.

2.4 Face

- 201–218.1 Les remarques de la notice « Informations pour les dentistes concernant l'assurance-invalidité » sont à prendre en considération ; elles font partie intégrante de la présente circulaire.
- 201–218.2 *Début de la prise en charge de mesures sous couvert des chiffres 208-210 OIC-DFI*
Si la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend de l'évaluation céphalométrique (chiffres 208-210 OIC-DFI), l'obligation de l'AI de prendre en charge les prestations débute à partir du moment où les valeurs angulaires correspondantes sont démontrées par la céphalométrie.

-
- 201–218.3
1/22 *Traitement dès 20 ans révolus*
Dès l'âge de 20 ans révolus, c'est la caisse-maladie qui est compétente pour ce traitement (art. 19a OPAS).
- 201–218.4
1/22 *Extraction de dents de sagesse*
L'extraction de dents de sagesse est prise en charge par l'AI lorsqu'elle se trouve dans un rapport de causalité avec le traitement d'orthopédie maxillaire de l'infirmité congénitale. Le dentiste chargé de l'orthopédie maxillaire doit au préalable justifier ce rapport de causalité dans le cas d'espèce.
- 201–210.5
1/22 *Traitements par aligneur*
 1. Les aligneurs sont des séries de gouttières en plastique semi-rigides fabriquées sur mesure par des entreprises spécialisées. Ils corrigent progressivement les malpositions dentaires pour parvenir à une courbure de l'arcade dentaire « idéale » (par ex. Invisalign®, CA®, Clear Aligner, orthocaps®, etc.).
 2. Les aligneurs sont de plus en plus utilisés comme moyens de traitement orthodontique, y compris par des dentistes sans formation en tant que médecin dentiste spécialiste en orthodontie, parfois même sur la dentition de lait. En revanche, il n'a pas été prouvé scientifiquement qu'il s'agissait d'une méthode de traitement appropriée et économique pour le traitement de situations complexes qui relèvent typiquement l'AI. C'est pourquoi les traitements par aligneurs ne sont pas pris en charge par l'AI (pour les exceptions, voir ch. 205.8).
- 201–210.6
1/22 *Soins dentaires en cas de traitements orthodontiques*
Si les soins dentaires quotidiens en cas d'appareils fixes ne sont possibles que de façon insuffisante, le nettoyage des dents et le détartrage font partie du traitement et peuvent être facturés au maximum quatre fois par an.
-

-
- 201–210.7
1/22 *Traitement des caries*
Le traitement des caries n'est pas pris en charge par l'AI.
- 205 **Dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins 12 dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteintes. En cas d'odontodysplasie (dents fantômes), il suffit qu'au moins deux dents dans un quadrant soient atteintes. Le diagnostic doit être contrôlé par un représentant de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO) reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.****
- 205.1
1/22 En cas de dysplasies congénitales, l'atteinte est en règle générale symétrique bilatéralement dans au moins un groupe de dents, généralement dans toutes les dents d'une ou des deux dentitions.
- 205.2
1/22 L'amelogenesis imperfecta, la dentinogenesis imperfecta et la dysplasie dentaire entrent par exemple dans la catégorie visée sous le ch. 205 OIC-DFI.
- 205.3
1/22 L'amelogenesis imperfecta est fréquemment confondue avec l'hypominéralisation des molaires et des incisives (HMI), qui touche certaines dents ou certains groupes de dents et n'est quant à elle pas assimilable à une infirmité congénitale au sens de l'AI en raison de son origine pour l'heure inconnue.
- 205.4
1/22 Les cas fortement atteints comprennent une dysplasie où l'intégrité et/ou la fonction des dents est remise en question par :
- a) une perte de substance prévisible (abrasion/fracture) due à...
- une diminution généralisée ou sur une large surface de l'épaisseur de l'émail liée à de petites abrasions, ou
 - un défaut de minéralisation de l'émail (amelogenesis imperfecta), ou

- une anomalie de la structure de la dentine (dentinogenesis imperfecta) ;

b) une importante coloration des dents :

- de jaune blanchâtre opaque à brunâtre consécutive à des troubles généralisés de la minéralisation de l'émail, ou
- due à une pigmentation persistante sur un émail très rugueux (amelogenesis imperfecta), ou
- brunâtre opalescente liée à une anomalie de la structure de la dentine (dentinogenesis imperfecta) ;

c) un développement irrégulier généralisé des racines en cas de dysplasie dentinaire ;

d) des troubles massifs du développement de l'émail, de la dentine et de la pulpe (odontodysplasie, *ghost teeth*).

205.5 1/22	L'absence d'ébauches de dents permanentes compte comme dents atteintes.
205.6 1/22	La prise en charge par l'AI des coûts du traitement des caries est exclue.
205.7 1/22	Pour les dysplasies dentaires avec production excessive de tartre, les prestations visées aux ch. 4.1100, 4.1105, 4.1110 et 4.1120 peuvent être facturées au maximum quatre fois par année.
205.8 1/22	En cas de dysplasie dentaire remplissant les critères d'ampleur et de gravité du chiffre 205 OIC-DFI, un traitement par aligneur peut, dans certains cas individuels, remplacer un traitement orthodontique par des systèmes de brackets collés sur les dents, si cela permet de ménager la dent déjà endommagée. C'est pourquoi l'AI peut exceptionnellement prendre en charge les coûts d'un traitement avec un système Alig-

neur dans de tels cas (ch. 201-218.5). Toutefois, les quatre conditions suivantes doivent être remplies :

1. La prise en charge des coûts par l'AI sous couvert du chiffre 205 OIC-DFI est reconnue ;
2. Les problèmes orthodontiques à traiter doivent être une conséquence directe de la dysplasie dentaire assurée sous couvert du chiffre 205 OIC-DFI ;
3. Une prise en charge de coûts de traitements par aligneur sous couvert du chiffre 205 OIC-DFI n'est en principe possible qu'à partir de l'âge de 13 ans révolus ;
4. *Avant* le début de traitement, les documents suivants doivent être transmis à l'office AI :
 - a. Une justification relative au cas en question du choix de la méthode de traitement par l'orthodontiste ;
 - b. Une estimation des coûts pour les prestations dentaires et une estimation séparée des coûts pour les frais de laboratoire (les éventuelles remises du fabricant doivent être mentionnées ici et répercutées dans la facturation au porteur des coûts) ;
 - c. L'indication du montant des frais déjà engagés pour le traitement orthodontique dans le cas présent.

205.9
1/22

Sont à remettre conjointement à la formule « Examen médico-dentaire » : des radiographies ainsi que des clichés de la bouche sur lesquels apparaissent *toutes* les dents existantes. Les clichés doivent porter le nom de l'assuré et la date à laquelle ils ont été pris.

205.10
1/22

Le diagnostic des infirmités congénitales visées au ch. 205 OIC-DFI doit être contrôlé par un représentant

de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO) reconnu par l'AI pour cet examen spécifique. À cet effet, les documents (voir ch. 205.9) doivent être remis à l'office AI responsable, lequel les transmet avec les dossiers médicaux au service compétent de la SSO.

207 Hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents permanentes surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessite un traitement au moyen d'appareils. Les odontomes ne sont pas considérés comme des dents surnuméraires.

207.1 Lorsque l'AI reconnaît l'existence de cette infirmité congénitale, elle prend également en charge l'extraction de la ou des dents surnuméraires qui précède le traitement.

207.2 Les dents de sagesse ne sont pas prises en compte pour l'évaluation de la prise en charge du ch. 207 OIC-DFI.

207.3 Les odontomes ne sont pas considérés comme des dents surnuméraires, mais comme des tumeurs et relèvent de l'art. 17, let. c, ch. 1, OPAS.

208–210 Micrognathia inferior (ch. 208 OIC-DFI), mordex apertus aut clausus (ch. 209 OIC-DFI) et prognathie inférieure (ch. 210 OIC-DFI)

208–210.1 Ces infirmités peuvent se présenter comme des anomalies congénitales ou des affections acquises. Elles ne peuvent être reconnues comme infirmités congénitales que s'il existe des déviations verticales ou sagittales extrêmes dans le développement du squelette de la mâchoire. L'AI est tenue à prestations dès le moment où les critères de déviation sont remplis.

208–210.2 L'examen de ces anomalies relève de la compétence exclusive :

-
- des cliniques d’orthopédie maxillaire d’un institut dentaire universitaire, et
 - des spécialistes en orthopédie dento-faciale figurant dans le registre des spécialistes (voir site de la SSO : www.sso.ch).

208–210.3 Si le dentiste traitant suspecte l’existence d’une infirmité congénitale, il adresse l’assuré directement à l’un des spécialistes susnommés pour examen. L’original du rapport d’« Examen médico-dentaire » est adressé à l’office AI en même temps que la facture y relative. Un autre exemplaire accompagné, le cas échéant, de documents (clichés, éventuels modèles d’études) est destiné au médecin préposé aux examens d’orthopédie dento-faciale. Ce dernier rédige ensuite son rapport à l’intention de l’office AI sur la formule intitulée « Examen d’orthopédie dento-faciale » pour lequel il établit sa facture, qui comprend également les éventuelles radiographies à distance. Ces radiographies ne peuvent être remboursées par l’AI *qu’une seule fois*, même dans les cas où elles ont été effectuées en double exemplaire. Exception : Si, en cas de prognathisme inférieur, des contacts prématurés provoquent un glissement en occlusion croisée, il est nécessaire pour évaluer l’angle ANB de réaliser en plus une télé-radiographie en relation centrée (Hinge axis). Dans ce cas particulier, les deux images sont mesurées séparément et la moyenne arithmétique des deux valeurs mesurées est utilisée pour l’angle ANB (voir les chiffres 208-210 de l’OIC-DFI dans la "Notice d’information pour les médecins-dentistes concernant l’assurance-invalidité fédérale (AI)"). Dans cette situation, les deux images sont remboursées.

-
- 208–210.4 En présence de combinaisons (ANB et angle maxillo-basal), la reconnaissance d'une infirmité congénitale relevant du ch. 210 OIC-DFI n'impose pas l'existence, en plus, de deux paires de dents antagonistes antérieures de la seconde dentition en position d'occlusion croisée ou d'une béance frontale au sens du ch. 209 OIC-DFI.
- 208–210.5
1/03 Avant et durant l'apparition de la seconde dentition frontale, le contour de la mâchoire et donc la position des points de référence A et B sont influencés par le placement des incisives permanentes. C'est pourquoi les examens AI doivent être entrepris seulement après l'apparition de la seconde dentition frontale. En principe, les dents frontales doivent être apparues. La présence des dents 11 et 21 et des dents antagonistes est indispensable.
- 208–210.6
1/05 La thérapie myofonctionnelle n'est pas reconnue comme mesure scientifiquement prouvée pour le traitement des anomalies de la mâchoire.
- 214** **Macroglossie et microglossie congénitales, lorsqu'une opération de la langue est nécessaire. Une opération est nécessaire :**
- 1. lorsque l'hypertrophie de la langue provoque des troubles de la respiration ou de la déglutition chez le nourrisson,**
 - 2. en cas de troubles du langage, lorsqu'ils sont liés à la grosseur de la langue et que ce lien est confirmé avant l'opération au moyen d'une expertise médicale menée par un médecin oto-rhino-laryngologiste spécialiste en phoniatry, ou**
 - 3. en cas de troubles de l'occlusion, lorsqu'ils sont liés à la taille de la langue et que ce lien est confirmé avant l'opération au moyen d'une expertise médicale menée par un médecin-dentiste reconnu par l'AI pour les examens orthodontiques.**

-
- 214.1
1/22 L'opération n'est indiquée chez le nourrisson que si la langue hypertrophiée provoque des troubles de la respiration ou de la déglutition. Le diagnostic de ces troubles est posé dans une clinique pédiatrique, en faisant intervenir les disciplines médicales correspondantes (comme la néonatalogie, la pneumologie pédiatrique, la neuropédiatrie, la chirurgie pédiatrique).
- 214.2
1/22 Lorsque ce sont des troubles de l'articulation qui constituent l'indication à l'opération, il faut, avant que cette dernière ne soit exécutée, demander une expertise auprès d'un spécialiste en phoniatrie (idéalement un ORL spécialisé en phoniatrie).
- 214.3
1/22 Lorsque ce sont des troubles de l'occlusion qui constituent l'indication à l'opération, il faut, avant que cette dernière ne soit exécutée, demander une expertise auprès d'un spécialiste en orthopédie dento-faciale (par un médecin-dentiste reconnu par l'AI pour les examens orthodontiques).
- 214.4
1/22 En ce qui concerne l'examen d'orthopédie dento-faciale, les ch. 208 à 210.2 et 208 à 210.3 sont applicables.
- 218** **Rétention ou ankylose congénitale des dents, lorsque plusieurs molaires ou au moins deux prémolaires ou molaires juxtaposées (sans les dents de sagesse) de la seconde dentition sont touchées ; l'absence de dents (sans les dents de sagesse) est traitée de la même manière que la rétention et l'ankylose. Le diagnostic doit être posé par un médecin-dentiste spécialiste en orthodontie reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.**
- 218.1
1/22 Le diagnostic doit être posé par un médecin-dentiste SSO. Lorsque la demande d'examen est transmise à ce dernier, la formule « Examen médico-dentaire » peut être remboursée une seule fois. Il n'est pas nécessaire de procéder à un examen céphalométrique et
-

donc de compléter la formule « Examen d'orthopédie dento-faciale » pour la reconnaissance d'une infirmité congénitale du ch. 218 OIC-DFI ; ces formalités ne sont pas remboursées par l'AI.

- 218.2 Lorsqu'une infirmité congénitale au sens du ch. 218 OIC-DFI est démontrée, l'AI prend aussi en charge le traitement des incisives ou des canines éventuellement touchées (ces dents ne sont cependant pas déterminantes pour la reconnaissance d'une infirmité congénitale du ch. 218 OIC-DFI).

2.5 Poumons

241 Malformations congénitales des bronches (comme bronchomalacie, sténose bronchique, aplasie ou dysplasie du cartilage bronchique, bronchectasies congénitales, kystes bronchogéniques)

- 241.1 Leur existence doit être démontrée par un examen radiologique.
- 241.2 Les sténoses congénitales des bronches, qui se manifestent le plus souvent sous la forme d'emphysèmes lobaires, peuvent être classées sous ce chiffre.

243 Agénésie congénitale partielle ou hypoplasie congénitale des poumons

- 243 Le vaccin Synagis® n'est pas pris en charge par l'AI, mais par l'assurance-maladie (arrêt du TF 8C_590/2011 du 13.6.2012).

245 Séquestration pulmonaire congénitale et maladie adénomatoïde kystique du poumon (MAKP), lorsqu'un traitement interventionnel (par ex. chirurgie) est nécessaire

- 245.1 Il faut admettre l'existence d'une séquestration pulmonaire congénitale lorsque ses symptômes se manifestent.

tent durant la première année de la vie ou lorsque l'affection est la conséquence immédiate d'une malformation cardiaque congénitale (dans ce dernier cas, un classement sous le ch. 313 OIC-DFI serait également possible).

245.2
1/22

Les séquestrations pulmonaires idiopathiques qui apparaissent plus tard ne constituent pas des infirmités congénitales au sens de l'AI.

245.3
1/22

Ce chiffre comprend les kystes pulmonaires.

246

Les formes congénitales des pneumopathies interstitielles chroniques (PID, Children Interstitial Lung Disease - ChILD) sont:

- **les anomalies congénitales du développement des poumons (dysplasie acinaire congénitale, dysplasie alvéolaire congénitale ou dysplasie alvéolocapillaire congénitale)**
- **les troubles congénitaux de la fonction du surfactant avec un défaut génétique prouvé comme les formes congénitales de la protéinose alvéolaire pulmonaire ou le déficit en ABCA3**

246.1
1/22

Sous le ch. 246 OIC-DFI ne sont assurées que les formes congénitales des ChILD. Les formes de ChILD et les autres pneumopathies interstitielles qui sont la conséquence d'une maladie principale (telle que maladies systémiques, maladies auto-immunes, les infections, maladies cardiaques, autres maladies des poumons) ne sont pas considérés comme infirmités congénitales au sens de l'AI, sauf si l'affection qui sous-tend la pneumopathie interstitielle correspondante est elle-même une infirmité congénitale au sens de l'AI (comme les malformations cardiaques congénitales). Dans ce cas, la maladie pulmonaire interstitielle correspondante est assurée directement sous le chiffre l'infirmité congénitale correspondante (par exemple,

les altérations interstitielles des poumons dans le cadre de la mucoviscidose (CF) sont assurées sous le chiffre 480 OIC-DFI).

- 246.2
1/22
- Le tableau clinique d'un déficit primaire en surfactant (historiquement appelé maladie des membranes hyalines) ne correspond pas à un trouble congénital de la fonction du surfactant. Dans ce cas, il n'y a pas de prise en charge par l'AI. Un trouble congénital de la fonction du surfactant doit être prouvé génétiquement : L'obligation de prise en charge par l'AI d'un trouble congénital de la fonction du surfactant n'existe que si la mutation génétique responsable du trouble a été prouvée.
- 247**
- Dysplasies bronchopulmonaires (DBP) modérées et sévères, lorsqu'un traitement (médicamenteux, par supplémentation en oxygène, par assistance respiratoire) est nécessaire**
- 247.1
1/22
- Le syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né comme conséquence d'un déficit primaire du surfactant (anciennement également désigné par maladie des membranes hyalines et jusqu'au 31.12.2021 assuré sous le chiffre 247 OIC-DFI alors en vigueur) ou comme conséquence d'un déficit secondaire du surfactant (destruction du surfactant, par exemple en cas d'aspiration de méconium ou de sang ou d'infection) ainsi que toutes les autres formes de syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (comme le wet-lung, la pneumonie néonatale ou le pneumothorax, assurés jusqu'au 31.12.2021 sous le chiffre 497 OIC-DFI alors en vigueur) ne correspondent pas à une infirmité congénitale au sens de l'AI.
- 247.2
1/22
- La dysplasie bronchopulmonaire (DBP) est le résultat de divers facteurs pré-, péri- et postnataux qui affectent les poumons encore en développement et immatures du fœtus et du petit prématuré.

- 247.3
1/22
- Depuis son introduction en 1967 par Northway et al, la définition de la DBP a été adaptée à maintes reprises, car d'une part l'âge gestationnel des prématurés traités en néonatalogie s'est déplacé vers le bas au fil des ans, et d'autre part les options de traitement prénatal et postnatal pour les femmes enceintes et les nouveau-nés ont considérablement changé. Dans sa définition de la DBP, l'AI suit la proposition de National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), du National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) et de l'Office of Rare Diseases (ORD), qui ont élaboré la définition de la DBP actuellement la plus utilisée à partir du consensus du National Institutes of Health (NIH) en 2000¹. Dans celle-ci est introduit une nouvelle subdivision en degrés de sévérité (BPD légère, modérée et sévère). Outre le diagnostic de base de la DBP (défini comme un besoin d'oxygène pendant au moins 28 jours de vie), les critères diagnostiques utilisés sont le besoin de thérapie à 36 semaines de gestation ou à 56 jours de vie, selon l'âge gestationnel à la naissance. Bien que cette définition soit largement utilisée au niveau international, les experts sont conscients qu'elle ne constitue pas encore une solution optimale pour diverses raisons. En l'absence d'alternatives mieux appropriées, qui trouveraient une large application, l'AI utilise une version légèrement simplifiée de cette définition établie pour le chiffre 247 OIC-DFI (voir ch. 247.4).
- 247.4
1/22
- La définition du diagnostic de dysplasie broncho-pulmonaire utilisée par l'AI et sa classification en trois degrés de sévérité "léger", "modéré" et "sévére" est basée sur une variante simplifiée² de la définition de la DBP des National Institutes of Health (consensus

¹ Jobe AH, Bancalari E: *Bronchopulmonary dysplasia. Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1723-1729.

² Mornand A, Roth-Kleiner M, Hafen G, Barazzone C, Rochat I: *Ancien prématuré avec dysplasie bronchopulmonaire: quelle prise en charge en 2014? Rev Med Suisse* 2014; 10: 430-434.

NIH), actuellement majoritairement utilisée, publiée par les néonatalogues et pneumologues pédiatriques de Suisse occidentale en 2014 :

Critères diagnostiques Dysplasie bronchopulmonaire (BPD)		
	Âge gestationnel à la naissance	
	Naissance < 32 semaines de grossesse	≥ 32 semaines de grossesse
1. Diagnostic BPD	Administration d'oxygène durant au moins 28 jours de vie	
	plus	
2. Degré de sévérité BPD	Critères supplémentaires	
léger	Air ambiant (FiO ₂ 21%) à 36 semaines de grossesse	Air ambiant (FiO ₂ 21%) au 56 ^{ème} jour de vie
modéré	FiO ₂ < 30% à 36 semaines de grossesse	FiO ₂ < 30% au 56 ^{ème} jour de vie
sévère	FiO ₂ ≥ 30% ou Assistance respiratoire (CPAP ou High Flow) à 36 semaines de grossesse	FiO ₂ ≥ 30% ou Assistance respiratoire (CPAP oder High Flow) au 56 ^{ème} jour de vie

Naissance = 1^{er} jour de vie ; FiO₂ = concentration d'oxygène dans l'air administré

247.5
1/22

Afin de pouvoir faire valoir les droits aux prestations pour l'infirmité congénitale (ch. 247 OIC-DFI), le médecin traitant doit pouvoir justifier de manière plausible et documenter l'existence d'une DBP et son degré de sévérité. Si les informations restent floues ou ne sont pas compréhensibles, le SMR doit exiger les documents nécessaires (rapports d'hospitalisation, protocoles si

nécessaire) à l'hôpital traitant. Le besoin continu de traitement (médicamenteux, substitution d'oxygène, assistance respiratoire) doit être documenté.

- 247.6
1/22 Par définition, l'obligation de l'AI de fournir des prestations pour le chiffre 247 OIC-DFI peut commencer au plus tôt à partir d'un âge gestationnel de 36 0/7 semaines de grossesse respectivement à partir du 56^{ème} jour de vie (voir ch. 247.4). En plus de répondre aux critères de diagnostic (ch. °247.4), une condition préalable est la nécessité d'un traitement continu (telle que médication, substitution d'oxygène, assistance respiratoire).
- 247.7
1/18 Le vaccin Synagis® est ici à la charge de l'AI, non pas de l'assurance-maladie (arrêt du TF 9C_190/2013 du 23.4.2013 ; voir ch. 1023.1).

2.6 Voies respiratoires

251 Malformations congénitales du larynx et de la trachée, comme sténose trachéale congénitale, fistules et fentes trachéo-laryngo-œsophagiennes

- 251.1
1/22 La laryngomalacie et la trachéomalacie chez les nouveau-nés et nourrissons doivent être jugées sous l'angle du ch. 252 OIC-DFI.
- 251.2
1/22 En fonction de la malformation causale sous-jacente, les fistules trachéo-œsophagiennes peuvent être classées sous le ch. 251 ou le ch. 271 OIC-DFI.

252 Laryngomalacie et trachéomalacie, lorsqu'une ventilation mécanique à domicile (CPAP, BiPAP ou similaire) ou une intervention chirurgicale est nécessaire

- 252.1
1/22 La laryngomalacie et la trachéomalacie chez les nouveau-nés et nourrissons sont reconnues comme infirmités congénitales au sens de l'AI uniquement

lorsqu'une ventilation mécanique à domicile ou une intervention chirurgicale est nécessaire.

2.7 Œsophage, estomac et intestins

- 271 Atrésie et sténose congénitales de l'œsophage et fistule œsotrachéale**
- 271.1
1/22 En fonction de la malformation causale sous-jacente, les fistules œsotrachéales peuvent être classées sous le ch. 251 ou le ch. 271 OIC-DFI.
- 276 Anomalies du situs intestinal (y c. volvulus), à l'exclusion du cæcum mobile**
- 276.1
1/22 Le prolapsus anal et la hernie ne sont pas considérés comme des anomalies du tractus intestinal.
- 277 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI.
- 278 Aganglionose et anomalies des cellules ganglionnaires du gros intestin ou de l'intestin grêle, y compris pseudo-obstruction intestinale chronique (POIC) primitive**
- 278
1/05 Si un nouveau-né souffrant d'une aganglionose ou d'une anomalie des cellules ganglionnaires a besoin d'un traitement diététique pré-opératoire à base de lait maternel, l'AI contribue aux frais de cette alimentation à titre forfaitaire (frais de location d'une pompe à lait, frais de transport). L'OFAS fixe ce forfait (voir ch. 1027). Pour les conseils en allaitement, voir ch. 1041.
- 279 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI.
- 280 Le contenu de ce chiffre a été modifié.

281 Malformations congénitales du diaphragme

281
1/17 Le vaccin Synagis® n'est pas pris en charge par l'AI, mais par l'assurance-maladie (arrêt du TF 8C_590/2011 du 13.6.2012).

282 Entérocolite nécrosante des nouveau-nés, lorsqu'une intervention chirurgicale (drainage, laparotomie) est nécessaire

282.1
1/22 Les cas de suspicion d'entérocolite nécrosante ou ceux nécessitant uniquement un traitement conservateur (par ex. jeûne ou antibiothérapie) ne remplissent pas les critères du ch. 282 OIC-DFI.

282.2
1/22 Si un nouveau-né souffrant d'une entérocolite nécrosante a besoin d'un traitement diététique à base de lait maternel, l'AI contribue aux frais de cette alimentation à titre forfaitaire (frais de location d'une pompe à lait, frais de transport). L'OFAS fixe ce forfait (voir ch. 1027). Pour les conseils en allaitement, voir ch. 1041.

2.8 Foie, voies biliaires et pancréas**Atrésie et hypoplasie des voies biliaires**

291 Les syndromes de Watson-Alagille et d'Alagille entrent dans cette catégorie (voir ch. 10).

2.9 Paroi abdominale**302 Omphalocèle et laparoschisis**

302
1/22 L'omphalocèle et le laparoschisis sont de graves malformations touchant la paroi abdominale. Elles ne sont pas identiques à une hernie ombilicale ou à un diastasis abdominal, laquelle/lequel n'est pas considéré(e) comme une infirmité congénitale au sens de l'AI.

303 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI.

2.10 Cœur, vaisseaux et système lymphatique

311 Hémangiome congénital, lorsqu'un traitement complexe (plusieurs traitements au laser, cryothérapies ou opérations avec ou sans traitement médicamenteux préalable) est nécessaire

311
1/22 Les hémangiomes dont le traitement est exclusivement médicamenteux (par ex. par administration de bêtabloquants) ne sont pas considérés comme des infirmités congénitales au sens de l'AI.

313 Malformations congénitales du cœur et des vaisseaux, lorsqu'un traitement (par ex. médicamenteux, interventionnel par cathéter ou chirurgical) ou que des contrôles médicaux spécialisés sont régulièrement nécessaires

313.1
1/17 Les assurés auxquels une infirmité congénitale au sens du ch. 313 OIC-DFI a été diagnostiquée, qui ne nécessite toutefois pas encore de thérapie, ont droit à la prise en charge des contrôles médicaux spécialisés nécessaires.

313.2
1/17 L'hypertension pulmonaire primitive ne peut pas être reconnue comme infirmité congénitale.

313.3
1/17 Une prophylaxie de l'endocardite n'est pas à la charge de l'AI.

313.4
1/17 Le vaccin Synagis® est pris en charge par l'AI, et non par l'assurance-maladie (arrêt du TF 9C_530/2010 du 31.5.2011 ; arrêt du TF 9C_411/2015 du 19.2.2016) (voir ch. 1023.1).

314 Cardiomyopathies et arythmies congénitales, lorsqu'un traitement (médicamenteux, interventionnel par cathéter ou chirurgical) est nécessaire

314
1/22 Les cardiomyopathies obstructives congénitales, cardiomyopathies dilatatives congénitales et les troubles du rythme congénitaux, tels que Romano-Ward, Jervell-Lange-Nielsen, Wolff-Parkinson-White, font partie de ce nouveau chiffre OIC-DFI.

2.11 Sang, rate et système réticulo-endothélial

323 Anémies hémolytiques congénitales (affections des érythrocytes, des enzymes ou de l'hémoglobine)

323.1 La méthémoglobinémie enzymopénique congénitale est classée sous le ch. 323 OIC-DFI.

324 Coagulopathies et thrombocytopathies congénitales (hémophilie et autres défauts des facteurs de coagulation)

324.1 La Croix-Rouge suisse organise des camps de vacances pour enfants atteints d'hémophilie. Il a été convenu entre la Croix-Rouge et l'OFAS que l'AI assumerait une partie des frais de ces camps, pour autant qu'il soit rendu une décision dans chaque cas particulier.

324.2
7/16 Dans le cas d'assurés atteints d'hémophilie, les protections articulaires sont prises en charge au titre de moyens auxiliaires (voir ch. 15.09 OMAI).

325 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI.

-
- 326 Immunodéficiences congénitales, lorsqu'un traitement est nécessaire**
- 326.1
1/22 Le diagnostic d'immunodéficiência congénitale doit être confirmé par un médecin spécialiste en allergologie et immunologie clinique au sein d'un hôpital universitaire.
- 326.2
1/22 Les immunodéficiences congénitales au sens de l'art. 13 LAI consistent par exemple en des déficits immunitaires combinés ou des anomalies combinées des lymphocytes B et T (lymphopénie T CD3), comme la dysgénésie réticulaire, la lymphohistiocytose hémophagocytaire ou la granulomatose septique.
- 326.3
1/22 La prédisposition génétique (ou le patrimoine génétique) à des troubles des défenses immunitaires (par ex. anémie hémolytique auto-immune) n'est pas assimilable à une infirmité congénitale.
- 326.4
1/22 Les maladies auto-immunes et auto-inflammatoires ainsi que les formes polygéniques acquises de déficiences immunitaires ne sont pas considérées comme des anomalies congénitales du système immunitaire et ne sont donc pas reconnues comme infirmités congénitales au sens de l'AI.
- 326.5 Les déficiences immunitaires secondaires dans les cas d'entéropathies exsudatives, d'affections malignes, de maladies infectieuses, etc., ne sont pas considérées comme des infirmités congénitales.
- 326.6 Les anomalies congénitales qualitatives des granulocytes neutrophiles entrent dans le cadre du ch. 326 OIC-DFI.
- 326.7 Les infections congénitales par le VIH entrent dans le cadre des infirmités du ch. 490 OIC-DFI.

-
- 326.8
1/22 Le syndrome hémolytique et urémique typique (SHU) est une maladie acquise et ne correspond pas à une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI.
- 326.9
1/22 Le syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa) est une maladie primaire ou congénitale, considérée comme une infirmité congénitale en présence des aspects (cumulatifs) suivants :
- Apparition durant la petite enfance,
 - Absence de maladie associée, en particulier de critères évocateurs d'un SHU avec production de shigatoxines (coproculture et PCR pour les shigatoxines ; sérologie pour les anticorps anti-lipopolysaccharide),
 - Absence de critères évocateurs d'un purpura thrombotique thrombocytopénique,
 - Analyse du système du complément (concentration plasmatique en C3, C4, facteur H et facteur I, expression de la MCP sur les leucocytes et anticorps anti-facteur H ; dépistage génétique aux fins de l'identification des facteurs de risque) avec attestation de la mutation génétique correspondante.

2.12 Appareil urogénital

341 Glomérulopathies et tubulopathies congénitales

- 341.1 Entrent notamment dans cette catégorie les néphrites héréditaires (par ex. syndrome d'Alport), le syndrome néphrotique congénital de type finlandais, la néphronophtise, le syndrome néphrotique familial lorsque les parents sont du premier degré (père, mère, frères et sœurs), le diabète insipide néphrogène, l'acidose rénale tubulaire, les troubles du transport rénal du sodium-potassium-calcium-magnésium et des phosphates ainsi que les troubles du transport des acides aminés.

-
- 341.2 *Ne constituent pas des infirmités congénitales* au sens du ch. 341 OIC-DFI les néphroses lipoïdiques (syndrome néphrotique avec modifications minimales des glomérules, à l'exception de la forme familiale citée au 1^{er} paragraphe), les hématuries bénignes (par ex. l'hématurie familiale bénigne, l'hématurie isolée), les tubulopathies transitoires, les tubulopathies toxiques, les hypercalcémies asymptomatiques moyennes sans formation de calculs (la seule hématurie ne suffit pas), etc.
- 341.3 L'AI ne peut accorder un traitement par hormones de croissance, lors de problèmes de croissance rénale, que jusqu'au moment où une éventuelle transplantation des reins est effectuée (les enfants transplantés ne réagissent que peu ou pas à un traitement par hormones de croissance).
- 341.4 Sur la base de l'accord passé avec l'OFAS, l'AI prend en charge une partie des coûts des camps de vacances organisés par l'Hôpital pédiatrique de Zurich à l'attention des enfants dialysés pour autant qu'une décision soit rendue dans chaque cas particulier. L'Hôpital pédiatrique présente à l'office AI compétent, pour les cas qui le concernent, une facture établie conformément à la convention tarifaire passée avec l'OFAS.
- 343 Tumeurs congénitales et kystes congénitaux des reins (sauf kystes rénaux solitaires simples), lorsqu'une opération ou un traitement médicamenteux est nécessaire**
- 343.1
1/22 Les kystes solitaires simples sont diagnostiqués par ultrasonographie : de forme ronde, à paroi mince, sans écho interne, sans septum et avec parenchyme rénal non apparent. Comme ils ne nécessitent pas de traitement, ils ne sont pas reconnus comme infirmités congénitales au sens de l'AI.
- 343.2
1/22 Il en va autrement concernant les kystes solitaires complexes pour lesquels l'examen ultrasonographique
-

révèle une potentielle malignité (c'est-à-dire masses solides, parois épaissies, septum, calcifications et irrigation sanguine accrue constatée à l'examen Doppler). Ces types de kystes solitaires nécessitent des examens plus poussés et, selon le diagnostic, une thérapie spécifique.

346 Reflux vésico-urétéral (RVU) congénital à partir du grade III, ou lorsqu'un traitement interventionnel (endoscopique ou chirurgical) est nécessaire

346.1
1/22 Jusqu'au grade II, le reflux vésico-urétéral ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de l'AI dès lors qu'aucun traitement interventionnel (endoscopique ou chirurgical) n'est nécessaire.

355 Cryptorchidie bilatérale, agénésie et dysplasie du testicule, y compris testicule intra-abdominal, lorsqu'un traitement hormonal ou plusieurs interventions sont nécessaires

355.1 L'AI ne prend pas en charge le traitement de la cryptorchidie qui est entrepris avant l'opération.

355.2 Lorsqu'une exploration opérative révèle une cryptorchidie haute, l'AI prend en charge les éventuelles injections de gonadotrophine.

358 Malformations congénitales des organes génitaux féminins internes et externes, lorsque le diagnostic a été confirmé par une équipe interdisciplinaire spécialiste des variations du développement sexuel (DSD) et qu'une opération et/ou un traitement hormonal sont nécessaires

358.1
1/22 Le terme DSD (« disorders/differences of sex development ») désigne des variations ou des troubles du développement sexuel biologique.

358.2
1/22 La notion d'« équipe interdisciplinaire spécialiste des variations du développement sexuel (DSD) » n'est pas

réglée de manière contraignante à l'échelle internationale. Pour l'AI, il s'agit d'une équipe interdisciplinaire et interprofessionnelle composée de médecins spécialistes issus de disciplines comme l'endocrinologie pédiatrique, l'urologie, la gynécologie pour enfants et adolescents, la chirurgie pédiatrique, la médecine pour adolescents, la génétique ainsi que la psychiatrie pour enfants et adolescents. En tant qu'unité spécialisée au sein d'un hôpital pédiatrique ou d'un centre universitaire, cette équipe assure un accompagnement et un suivi professionnels d'enfants souffrant de variations ou de troubles du développement sexuel biologique (DSD).

359 Malformations congénitales des gonades (ovaires et testicules) (comme dysgénésie gonadique, aplasie gonadique, ovotestis), lorsque le diagnostic a été confirmé par une équipe interdisciplinaire spécialiste des variations du développement sexuel (DSD)

359.1
1/22 Le terme DSD (« disorders/differences of sex development ») désigne des variations ou des troubles du développement sexuel biologique.

359.2
1/22 Voir ch. 358.2 pour la définition d'équipe interdisciplinaire spécialiste des variations du développement sexuel (DSD).

2.13 Système nerveux central, périphérique et autonome

381 Malformations du système nerveux :

1. Système nerveux central (comme schizencéphalie, lissencéphalie) et ses enveloppes (comme encéphalocèle, myéloméningocèle, hydromyélie, méningocèle, diastématomyélie, tethered cord)

2. Système nerveux périphérique et végétatif (comme dysautonomie familiale, analgésie congénitale)

- 381.1 Le spina-bifida occulte et le porus sacralis n'entrent pas dans le cadre du ch. 381 OIC-DFI (voir ch. 152 OIC-DFI). Il ne s'agit pas d'infirmités congénitales au sens de l'AI.
- 381.2 Les affections énumérées entre parenthèses ne constituent pas une liste exhaustive. Ce chiffre comporte 1/17 tant les malformations du système nerveux (par ex. malformation d'Arnold-Chiari) que celles de ses enveloppes.
- 381.3 Les malformations cérébrales (telles que l'agénésie du 1/18 corps calleux ou une lissencéphalie) sont prises en charge dans le cadre du ch. 381 OIC-DFI.
- 382 Syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale
congénitale (syndrome d'Ondine)**
- 382.1 Le syndrome d'apnée/bradycardie du nouveau-né 1/22 ainsi que les événements apparemment potentiellement mortels (ALTE – « Apparent Life Threatening Events ») chez les nourrissons n'entrent pas sous le ch. 382 OIC-DFI et ne constituent pas des infirmités congénitales au sens de l'AI.
- 383 Maladies hérédo-dégénératives du système nerveux (comme ataxie de Friedreich, leucodystrophies et affections progressives de la matière grise, atrophies musculaires spinales et neurales, syndrome de Rett)**
- 383 Prise en charge des coûts de Spinraza® (nusinersen) : l'AI rembourse les coûts de Spinraza® (nusinersen) pour les patients présymptomatiques ou ceux souffrant d'une amyotrophie spinale (SMA) de type I, II ou III à hauteur de 90'063.70 Fr (prix public) par flacon (de 12mg/5ml, catégorie de remise A). Le traitement 1/19

commence par l'administration de 6 doses la première année et se poursuit par 3 injections annuelles.

Comme le traitement, notamment des patients atteints de SMA de type I, des patients présymptomatiques et des patients chez lesquels une SMA de type II a été récemment diagnostiquée, doit commencer rapidement, les offices AI sont priés d'accorder la priorité au traitement de ces demandes.

Les conditions (limitations) suivantes doivent être respectées lors du traitement et les médecins spécialistes traitants doivent en être informés par l'office AI.

Critères d'inclusion

Spinraza® ne peut être prescrit et administré que par des spécialistes en neurologie ou en neuropédiatrie dans des centres hospitaliers spécialisés dans les maladies neuromusculaires et appartenant au réseau Myosuisse (voir par ex. <http://www.fsrmm.ch/fr/projets/le-reseau-myosuisse/>). Le traitement doit impérativement être dispensé par du personnel médical expérimenté dans le diagnostic et le traitement de patients atteints d'amyotrophie spinale et dans l'exécution d'administrations intrathécales par ponction lombaire.

Le médecin traitant est tenu d'enregistrer toutes les données requises dans le Registre suisse des maladies neuromusculaires SwissReg-NMD (<https://www.swiss-reg-nmd.ch/>).

La garantie de prise en charge par l'office AI est accordée après consultation préalable du service médical régional (SMR).

Pour prolonger le traitement au-delà de douze mois, une demande spécifique en ce sens doit être établie par le médecin traitant et soumise à nouveau à l'office AI.

Pour le traitement de l'amyotrophie spinale (SMA) 5q chez les patients pédiatriques pour lesquels le diagnostic est établi avant le 20^e anniversaire (pour les patients de plus de 20 ans, voir la LMIC).

Documentation d'une délétion homozygote, d'une mutation homozygote ou d'une hétérozygotie complexe (par ex. délétion dans l'exon 7 du gène SMN1 [allèle 1] et mutation du gène SMN1 [allèle 2] avec au moins 2 copies du gène SMN2).

Chez les patients présymptomatiques :

- ≥ 2 copies du gène SMN2.

Chez les patients SMA type I (forme infantile) :

- ≥ 2 copies du gène SMN2.
- Apparition des symptômes et des indices cliniques ≤ 6 mois (180 jours).

En cas de SMA apparue plus tardivement (types II et III) :

- ≥ 2 copies du gène SMN2.
- Apparition des symptômes > 6 mois.

Tous les patients traités avec Spinraza® doivent être examinés régulièrement par le médecin traitant dans un centre hospitalier spécialisé suivant les paramètres d'évaluation définis respectivement quant à la réponse au traitement ; dans ce cadre sont effectuées des évaluations selon l'âge et les capacités motrices (entre autres : CHOP-INTEND HINE, HFMSE, RULM, 6MWT) et la fonction pulmonaire est mesurée.

Critères d'exclusion

- Sont exclues les SMA de types 0 et IV, et toutes les atrophies musculaires spinales et neurales qui ne sont pas dues à une délétion ou à une mutation génétique sur le chromosome 5q.
- Sont exclus les patients pour lesquels une administration intrathécale par ponction lombaire n'est pas possible pour des raisons de santé ou de difficultés techniques (par ex. status après fusion rachidienne).
- Spinraza® ne doit pas être utilisé avant, après ou en même temps qu'une thérapie génique spécifique pour SMA. Spinraza® ne doit pas être administré en même temps qu'un autre traitement médicamenteux de l'amyotrophie spinale (SMA) agissant sur l'expression de la protéine SMN.

Critères d'interruption

- Détérioration générale de la fonction motrice, confirmée par deux mesures successives, sans raison alternative permettant de justifier les détériorations :
 - réduction de plus de 2 points sur l'échelle pour « donner des coups de pieds » ou de 1 sur d'autres scores de l'échelle HINE sans préhension volontaire ;
 - diminution de plus de 4 points sur l'échelle CHOP-INTEND (Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders scale) ;
 - diminution de plus de 3 points sur l'échelle révisée Hammersmith (HFMSE).
- Ventilation permanente (16 heures ou plus par jour pendant 21 jours consécutifs, s'il n'y a aucune infection aiguë réversible) ou nécessité d'une trachéotomie permanente en cas de détérioration simultanée des fonctions motrices ;
- Non-respect du programme de traitement.

Pour toute question concernant les limitations, s'adresser à l'OFAS.

386 Hydrocéphalie congénitale et hydrocéphalie post-hémorragique après saignement périnatal ou accident vasculaire cérébral périnatal

386.1
1/22 Le terme « périnatal » se réfère à la période débutant après 22 semaines (154 jours) d'aménorrhée et s'achevant sept jours révolus après la naissance.

386.2
1/22 Outre l'hydrocéphalie congénitale, l'hydrocéphalie post-hémorragique est aussi considérée comme une infirmité congénitale au sens de l'AI, dès lors qu'il a été démontré qu'une hémorragie cérébrale ou un accident vasculaire cérébral périnatal (donc, selon l'OMS,

jusqu'au septième jour de vie ; naissance = premier jour de vie) en est la cause.

387 Épilepsies (primaires) congénitales (à l'exclusion des formes ne nécessitant pas une thérapie anti-convulsive ou seulement lors d'une crise)

387.1 Les épilepsies primaires sont assimilées à des épilepsies idiopathiques.
1/22

A) Description de l'épilepsie congénitale

387.2 L'épilepsie, au sens de l'OIC-DFI, est en principe une notion clinique et électroencéphalographique. Les formes pour lesquelles aucun traitement n'est nécessaire ou seulement lors d'une crise ne peuvent pas être reconnues comme infirmité congénitale.
1/05

387.3 L'épilepsie latente ou bioélectrique (l'EEG présente des pointes-ondes ou des complexes correspondants) sans phénomènes corporels ou psychiques ne représente pas une maladie qui nécessite des traitements et, par conséquent, n'est pas une infirmité au sens de l'OIC-DFI.
Si aucune preuve formelle de la cause postnatale d'une épilepsie ne peut être apportée, l'épilepsie peut être considérée comme congénitale.

387.4 Ce sont :
– les épilepsies au sens étroit du terme, caractérisées par des *crises répétitives* ou par de rares crises grâce au succès de la prophylaxie anti-crise. L'EEG peut dans l'intervalle être normal ;

387.5 – les épilepsies *sans crise, mais se manifestant par des symptômes psychopathologiques*. Ces symptômes peuvent être mis en rapport avec des manifestations épileptiques indiscutables sur l'EEG (pointes-ondes et complexes nombreux et évidents), non seulement lors des incidents psychopatholo-

giques (durant la crise), mais encore dans l'intervalle (épilepsie larvée ou masquée). La question de savoir si une corrélation entre les altérations de l'EEG et les manifestations psychopathologiques est prouvée ou probable doit être soumise à l'appréciation d'un spécialiste (ch. 7).

387.6 Entrent en ligne de compte comme symptômes psychopathologiques (équivalents) : les troubles de la parole et du langage, la difficulté d'écrire et d'apprendre et les troubles du comportement.

Comme de telles particularités psychiques peuvent avoir des significations très variées et d'autres origines, la confirmation par des altérations épileptiques manifestes sur l'EEG pendant la phase d'accès et dans l'intervalle est indispensable (plusieurs complexes manifestes de pointes-ondes se détachant clairement de l'activité de base). L'épilepsie ne peut être admise que si, sur la base des données probantes émanant de la pédopsychiatrie, d'autres origines peuvent être exclues.

387.7 En règle générale, seuls les événements exogènes postnatals graves, et de ce fait facilement démontrables, provoquent une épilepsie symptomatique *acquise*.

387.8 Les *épilepsies photosensibles sans crises spontanées* ont valeur d'infirmité congénitale au sens de l'OIC-DFI lorsque les paroxysmes de l'EEG déclenchés par un stimulus lumineux (éclair lumineux au laboratoire d'EEG, télévision, etc.) persistent dans le temps après le stimulus ou sont accompagnés de phénomènes cliniques, ou provoquent même une crise épileptique.

B) Prise en charge par l'AI des EEG et des EEG de contrôle ; fin des mesures médicales de l'AI

387.9 Un EEG (au besoin tracé pendant le sommeil ou après privation de sommeil) doit être pris en charge par l'AI

lorsqu'il existe une suspicion *fondée* d'une épilepsie avec crises ou de la présence de symptômes psychopathologiques en corrélation possible avec une épilepsie larvée.

- 387.10 Lorsqu'une épilepsie clinique a été prouvée et qu'une infirmité congénitale au sens du ch. 387 OIC-DFI a été reconnue par l'AI, les contrôles électroencéphalographiques prescrits par le médecin doivent être pris en charge par l'AI. Chez les patients non hospitalisés, le médecin doit justifier la fréquence des contrôles EEG. Lors des phases stables de la maladie, il est judicieux d'espacer les contrôles EEG alors que, lors des phases instables, les contrôles doivent être plus rapprochés pour des raisons diagnostiques et thérapeutiques. Les nourrissons et les petits enfants ont besoin de contrôles EEG plus fréquents que les enfants d'âge scolaire ou les adultes. Enfin, les contrôles EEG sont nécessairement plus nombreux au début d'un traitement anti-épileptique en cas d'effets secondaires indésirables ou de certains syndromes particuliers d'épilepsie.
- 387.11 Lorsque, sans médication anti-épileptique depuis deux ans, on constate une absence de crise comitiale ou la disparition des troubles psychopathologiques au sens des ch. 387.3 et 387.4, et que le tracé EEG ne présente plus de signes potentiels d'une épilepsie, l'AI ne prend plus en charge d'autres mesures médicales ni les contrôles EEG, sauf si l'on suppose qu'il y aura récurrence.
- 387.12 Pour les tracés EEG pendant le sommeil ou après privation de sommeil, les ch. 387.8 à 387.10 sont applicables par analogie.

C) Epilepsie en rapport avec les autres infirmités congénitales neuropsychiatriques

- 387.13
1/18
- Lorsque l'AI a refusé de reconnaître le droit aux mesures médicales en vertu du ch. 404 OIC-DFI (par défaut du cumul des symptômes requis, parce que le diagnostic n'a été établi, ou le traitement commencé, qu'après la fin de la 9^{ème} année), et si ce même cas fait l'objet d'une demande à l'AI avec présomption d'une épilepsie congénitale, il faut veiller tout particulièrement à ce que les conditions des ch. 387.3 et 387.4 soient réunies.
- 387.14
- La situation est analogue lorsque l'AI a refusé des mesures médicales en vertu du ch. 403 OIC-DFI et qu'une nouvelle demande lui est présentée sur présomption d'épilepsie.

D) Marche à suivre dans les cas douteux ou litigieux

- 387.15
3/12
- Lorsque se présentent des cas douteux ou litigieux d'épilepsie congénitale au sens de l'OIC-DFI, les offices AI peuvent ordonner une expertise médicale auprès de spécialistes en épileptologie. Dans chaque cas, l'évaluation médicale permettra de savoir si le dossier est suffisant ou si un examen supplémentaire est nécessaire. L'expert décide de l'utilité de nouveaux examens EEG. L'office AI peut ensuite demander cet examen ou l'imposer, si cela s'avère nécessaire du point de vue de l'assurance.
- 387.16
- L'office AI est autorisé à consulter le tracé original de l'EEG ou à le soumettre à expertise.

E) Examens neuropsychologiques dans les cas d'épilepsie

- 387.17
- L'examen neuropsychologique ne fait pas partie des examens standard prévus pour les cas d'épilepsie. Il doit être prescrit par un neuropédiatre, un pédiatre ou

un épiléptologue et la question qu'il doit éclaircir doit être clairement délimitée. L'AI ne peut en règle générale pas prendre en charge les examens neuropsychologiques destinés à permettre l'établissement de la thérapie médicamenteuse.

390 Paralyties cérébrales infantiles congénitales (spastiques, dyskinétiques, ataxiques)

- 390.1
1/22
- La paralysie cérébrale infantile congénitale (souvent aussi nommée infirmité motrice cérébrale ou paralysie cérébrale) ne représente pas une pathologie unitaire, mais un complexe symptomatologique réunissant un groupe d'encéphalopathies statiques caractérisées par :
- des troubles neurologiques clairement définissables,
 - selon la forme dominante, une spasticité, une dyskinésie ou une ataxie,
 - une apparition précédant la fin de la période néonatale,
 - l'absence d'une évolution,
 - souvent, l'apparition de troubles *associés* consécutifs à la même cause, tels que difficultés d'apprentissage, handicap mental, troubles de la vue ou épilepsie.

Les troubles moteurs congénitaux de type spastique, ataxique ou dyskinétique doivent être reconnus comme infirmités congénitales au sens du ch. 390 OIC-DFI. Les troubles associés tels que ceux mentionnés ne constituent *pas une conséquence de la paralysie cérébrale, mais une cause secondaire commune* (encéphalopathie), laquelle n'est pas assimilable à une infirmité congénitale au sens de l'AI. Ces troubles associés ne sont donc pas assurés en vertu du ch. 390 OIC-DFI (voir ch. 10).

- 390.1.1
- Pour poser le diagnostic de trouble moteur spastique, il faut qu'il y ait une hyperréflexie, une augmentation de la résistance des muscles atteints lors des mouvements passifs (hypertonie musculaire), des réflexes

pathologiques (Babinski en extension, clonus) ainsi que des postures et des mouvements anormaux.

- 390.1.2 Les troubles moteurs ataxiques concernent des parties de la motricité fine ou de la motricité corporelle. Pour la motricité fine, les symptômes nécessaires pour poser le diagnostic sont le tremblement d'intention ou tremblement d'action (tremblement accompagnant le mouvement de la main) et la dysmétrie (erreur dans l'amplitude du mouvement, empêchant de saisir correctement un objet). Les symptômes associés les plus fréquents sont les syncinésies (ouverture exagérée de la main au moment de lâcher l'objet manipulé) ainsi que, à l'examen neurologique, une hypotonie, une dysdiadochocinésie ou un phénomène de rebond positif. Pour la motricité corporelle, le trouble ataxique est défini par l'ataxie tronculaire.
- 390.1.3 Les dyskinésies sont des troubles moteurs caractérisés par des mouvements involontaires, accompagnés d'attitudes et de mouvements anormaux. En font partie notamment la chorée et l'athétose.
- 390.2 Du point de vue de la médecine des assurances, une hypotonie musculaire isolée non accompagnée d'autres troubles neurologiques ne fait pas partie des infirmités congénitales au sens du ch. 390 OIC-DFI. Toutefois, il n'est pas rare qu'une hypotonie constitue un symptôme précoce d'un trouble moteur cérébral et elle peut donc à ce titre fonder une infirmité congénitale au sens du ch. 395 OIC-DFI si celle-ci n'a pas d'autre étiologie plus vraisemblable. Concernant l'hypotonie musculaire avant l'âge de deux ans, voir ch. 395.
- 390.3
1/15 L'hippothérapie est une mesure médicale reconnue pour le traitement des paralysies cérébrales congénitales énumérées au ch. 390 OIC-DFI. Les coûts de cette thérapie venant en complément de la méthode Bobath peuvent être pris en charge (voir ch. 1021 pour plus de détails).

-
- 390.4 Les coûts des examens diagnostiques visant à rechercher la cause d'un trouble moteur cérébral (par exemple examens de dépistage génétique) ne sont pas à la charge de l'AI.
- 390.5 Dans le cadre troubles moteurs cérébraux à l'âge préscolaire auxquels il est impossible de garantir un traitement ambulatoire efficace, en raison de l'éloignement conséquent de l'établissement de soins le plus proche, de la surcharge à supporter pour l'enfant ou de la situation familiale, on peut admettre un traitement intensif en milieu hospitalier dans des centres de traitement particuliers. Il faut que ce traitement intensif permette d'assurer une amélioration importante et durable (voir ch. 1221 ss).
- Pour les cas présentant de bonnes chances de succès (possibilité de suivre une formation scolaire au niveau d'une classe normale ou de développement, pas d'impotence ou seulement de faible degré), la durée de ces séjours peut s'élever au maximum à 180 jours sur une période de deux ans, dans tous les autres cas au maximum à 90 jours sur une période de deux ans.
- 390.6 Le traitement par toxine botulique (Botox®) peut être pris en charge par l'AI (voir ch. 1208).
1/05
- 390.7 Le recours au Lokomat®, une orthèse robotisée d'aide à la marche, peut être pris en charge dans le cadre d'un traitement physiothérapeutique intensif, à raison de vingt séances par traitement et d'au moins trois séances par semaine.
1/09
- 390.8 La natation physiothérapeutique ne peut être prise en charge que si elle est prodiguée par un spécialiste reconnu en physiothérapie.
1/22
- 395 Symptômes neuromoteurs au sens de schémas clairement pathologiques (mouvements asymétriques, variabilité limitée de la motricité sponta-**

née [stéréotypes]) ou autres symptômes documentés progressifs au cours de la maladie (posture asymétrique, opisthotonos, persistance des réflexes primitifs et anomalies qualitatives marquées du tonus musculaire [hypotonie du tronc avec tonus des membres augmenté]), apparaissant durant les deux premières années de vie, comme symptômes précoces possibles d'une paralysie cérébrale et nécessitant un traitement. Le retard de développement moteur et la plagiocéphalie ne sont pas considérés comme des infirmités congénitales au sens du ch. 395

- 395.1
1/22 Les mesures médicales dans le cadre du ch. 395 OIC-DFI peuvent être prises en charge au maximum jusqu'à l'âge de 2 ans révolus. Si des symptômes nécessitant un traitement persistent à ce moment-là, il convient d'examiner la prise en charge du traitement sous un autre chiffre de l'OIC-DFI, par exemple le chiffre 390 OIC-DFI. Les critères valables pour le chiffre en question doivent être respectés.
- 395.2
1/22 L'hypotonie musculaire apparaissant avant l'âge de deux ans peut constituer un symptôme précoce d'un trouble moteur infantile et doit en conséquence être classée sous le ch. 395 OIC-DFI, pour autant qu'elle n'ait pas d'autre étiologie plus vraisemblable, comme un trouble du métabolisme ou une anomalie chromosomique. Après l'âge de deux ans, une hypotonie musculaire isolée ne fait en revanche pas partie des infirmités congénitales visées au ch. 390 OIC-DFI du point de vue de la médecine des assurances.
- 395.3
1/22 Le retard de développement (en particulier purement moteur) n'est pas reconnu comme infirmité congénitale au sens de l'AI. Une physiothérapie visant à encourager le développement ou à traiter le retard de développement ne peut donc pas être prise en charge par l'AI.

395.4
1/22

Une plagiocéphalie peut avoir différentes causes, la plus fréquente étant la plagiocéphalie positionnelle, qui est en général acquise. Une soudure prématurée des sutures crâniennes (craniosynostose), un torticolis ou d'autres causes (neurologiques par ex.) sont plus rares. Le traitement d'une plagiocéphalie (physiothérapie, orthèse/casque par ex.) n'est à la charge de l'AI que si sa cause est la conséquence directe d'une affection reconnue comme infirmité congénitale.

397 Paralysies et parésies congénitales

397.1 Pour les muscles oculomoteurs, voir le ch. 428.

397.2
1/22

Les lésions neurologiques périphériques résultant d'événements pathologiques mécaniques au cours de l'accouchement (comme la parésie du nerf facial après un accouchement par forceps, la parésie du plexus brachial par exemple après une dystocie des épaules) sont des lésions liées à l'accouchement. Il s'agit d'affections acquises, survenues à la suite de facteurs extérieurs, qui ne sont pas congénitales et ne constituent donc pas des infirmités congénitales au sens de l'AI (voir ch.°1015).

2.14 Maladies mentales et graves retards du développement

403 Troubles importants du comportement chez des personnes atteintes d'un retard mental congénital, lorsqu'un traitement est nécessaire. Le retard mental en soi ne correspond pas à une infirmité congénitale au sens de l'AI.

403.1
1/22

Tout retard mental est réputé congénital quand l'anamnèse ne révèle pas une méningoencéphalite, un traumatisme cranio-cérébral grave subi au cours de la petite enfance (période déterminante pour le développement du cerveau).

-
- 403.2
1/22
- Pour les cas de retard mental congénital sans trouble important du comportement, on agira, *pour la durée d'un traitement dentaire*, comme si un tel comportement existait. Toutefois, les prestations de l'AI se limitent à la prise en charge des coûts de l'anesthésie générale (voir ch. 13).
- 403.3
1/22
- Il y a aussi cas de retard mental congénital lorsque celui-ci ne représente qu'un symptôme accessoire d'une infirmité congénitale pour laquelle aucun traitement ne peut être envisagé et qui ne figure de ce fait pas dans la liste des infirmités congénitales (par ex. le syndrome de Smith Magenis). Pour qu'il y ait prise en charge de ces cas dans le cadre du ch. 403 OIC-DFI, il faut cependant que la condition du trouble important du comportement soit aussi remplie.
- 403.4
1/22
- Seuls sont pris en charge par l'AI les traitements médicaux, reconnus comme étant simples et adéquats, qui visent à traiter de manière spécifique et exclusive le trouble du comportement. Leur classement sous le ch. 404 OIC-DFI n'est pas admissible (voir ch. 403.7).
- 403.5
1/22
- Pour les cas de retard mental, la psychothérapie n'est pas considérée comme une thérapie efficace et adéquate.
- 403.6
1/22
- Ces assurés sont souvent aussi retardés dans leur développement moteur. Une éventuelle thérapie de psychomotricité ne vise pas à traiter le trouble du comportement et n'est pas prise en charge au titre du ch. 403 OIC-DFI.
- 403.7
1/22
- Une reconnaissance simultanée des ch. 403 OIC-DFI et 404 OIC-DFI est exclue, d'autant plus que le chiffre 404 OIC-EDI présuppose une intelligence normale. Les ch. 403 OIC-DFI et 405 OIC-DFI ne peuvent être reconnus simultanément qu'à titre exceptionnel, moyennant une justification dûment fondée par un spécialiste (pédopsychiatre).
-

-
- 404 Troubles congénitaux du comportement chez les enfants non atteints d'un retard mental, avec preuves cumulatives de :**
- 1. troubles du comportement au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts,**
 - 2. troubles de l'impulsion,**
 - 3. troubles de la perception (fonctions perceptives),**
 - 4. troubles de la capacité de concentration,**
 - 5. troubles de la mémorisation.**
- Le diagnostic doit être posé et le traitement débuté avant l'accomplissement de la neuvième année.**
- 404.1
3/12 Une reconnaissance simultanée des ch. 403 OIC-DFI et 404 OIC-DFI est exclue. Les ch. 404 OIC-DFI et 405 OIC-DFI ne peuvent être reconnus simultanément qu'à titre exceptionnel, moyennant une justification dûment fondée par un spécialiste (pédopsychiatre).
- 404.2
1/18 Le trouble doit avoir été diagnostiqué, documenté et traité comme tel avant l'accomplissement de la neuvième année. Les troubles acquis doivent être exclus du diagnostic (arrêt du TF 9C_418/2016 du 4.11.2016 ; voir annexe 7).
- 404.3
1/18 Les troubles cérébraux congénitaux qui ne sont traités effectivement qu'après l'accomplissement de la neuvième année doivent être appréciés à la lumière de l'art. 12 LAI de la même manière que les autres troubles psychiques (voir ch. 645 à 647.1 ss). On ne peut non plus admettre l'existence d'une infirmité congénitale lorsqu'il est exclusivement fait valoir qu'un traitement eût été nécessaire déjà avant l'accomplissement de la neuvième année (VSI 1997, p. 126 ; VSI 2002, p. 61 ; arrêt du TF 9C_418/2016 du 4.11.2016 ; voir ch. 404.2).

-
- 404.4
1/03
- La « limite des 9 ans » n'est applicable qu'aux mesures médicales de l'AI de l'art. 13 LAI en relation avec le ch. 404 OIC-DFI, mais pas aux autres mesures envisageables (par ex. mesures d'ordre professionnel). D'autres critères s'appliquent à ces types de prestations.
- 404.5
3/12
- Si, jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans, seuls certains des symptômes indiqués en titre sont médicalement attestés, les conditions du ch. 404 OIC-DFI ne sont pas remplies. Dans ce cas, il faut vérifier soigneusement si, sur le plan médical, les critères requis selon les directives médicales relatives aux IC 404 (annexe 4) sont effectivement remplis. L'office AI décide ensuite s'il faut, le cas échéant, consulter d'autres spécialistes (externes).
- 404.6
1/17
- Les premiers examens ne doivent pas être ordonnés ni entrepris par l'AI, car le traitement adéquat présuppose un diagnostic correctement établi. Les frais de traitement sont pris en charge seulement une fois l'infirmité congénitale reconnue, soit lorsque le diagnostic est établi de manière compréhensible, conformément à l'annexe 7. Tant qu'un diagnostic précis n'a pas été posé, les coûts des mesures médicales nécessaires sont à la charge de l'assurance-maladie. Ce n'est qu'au moment où un diagnostic précis est posé que l'obligation de l'assurance-maladie d'avancer les prestations pour la période controversée prend fin. L'AI n'étant compétente qu'à partir de ce moment, elle ne rembourse les frais qu'à compter de cette date (arrêt du TF 9C_16/2014 du 25.6.2014, consid. 3.3).
- 404.7
3/12
- Lorsque l'existence d'une infirmité congénitale a été constatée avec une vraisemblance prépondérante avant la limite d'âge ou si les examens ont été prescrits par l'office AI, les frais d'examen peuvent être pris en charge rétroactivement dans le cadre de l'art. 78, al. 3, RAI.

Leur justification et leur intérêt médical doivent être vérifiés.

404.8
3/12 Dans les cas sujets à caution relatifs à des enfants de moins de 9 ans, la justification médicale des constats des médecins doit être vérifiée soigneusement et, au besoin, complétée par l'examen d'un spécialiste ordonné par l'office AI (voir les directives médicales relatives aux IC 404, annexe 7).

404.9 Si l'AI refuse de prendre en charge le traitement, seul le rapport médical doit être remboursé.

404.10
1/03 Une infirmité congénitale neuro-cérébrale (par ex. une épilepsie) n'exclut pas la reconnaissance simultanée d'une infirmité congénitale indépendante relevant du ch. 404 OIC-DFI.

Dans des cas plus rares, des troubles cérébraux congénitaux peuvent constituer des symptômes d'une infirmité congénitale neuro-cérébrale. De tels cas ne doivent pas être classés comme infirmité congénitale indépendante sous le ch. 404 OIC-DFI, mais figurer, conformément aux ch. 11 et 1037, sous le chiffre de l'infirmité congénitale constituant la cause de ces symptômes. Ainsi, un trouble du comportement dans le cadre d'un retard de développement grave et profond doit être traité non pas sous l'angle du ch. 403 OIC-DFI, mais sous l'angle du ch. 387 OIC-DFI. Le traitement de séquelles peut ainsi être pris en charge, dans les limites temporelles de l'art. 13 LAI, même lorsque l'infirmité congénitale à l'origine de ces séquelles ne nécessite plus de traitement.

404.11
1/22 Il faut vérifier régulièrement si le traitement octroyé est adapté et efficace et s'il a des chances de succès. Il n'est possible et souhaitable de ne le prolonger que sur présentation d'un certificat établi par un médecin spécialiste confirmant clairement le succès et l'intérêt du traitement.

-
- 404.12 L'AI doit donner son accord préalable à un examen EEG, qui ne peut être pris en charge que dans des cas dûment motivés.
- 405 Troubles du spectre de l'autisme, lorsque le diagnostic a été confirmé par un médecin spécialiste en pédopsychiatrie, un médecin spécialiste en pédiatrie avec formation approfondie en neuropédiatrie ou un médecin spécialiste en pédiatrie avec formation approfondie en pédiatrie du développement**
- 405.1
1/22 On ne reconnaîtra simultanément des ch. 403 OIC-DFI et/ou 404 OIC-DFI et 405 OIC-DFI qu'à titre exceptionnel, moyennant une justification dûment fondée par un spécialiste (pédopsychiatre).
- 405.2
1/19 L'AI ne prend pas en charge les frais du *packing*, car cette méthode de traitement n'est pas scientifiquement reconnue.
- 406 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI.

2.15 Organes des sens

Infirmités congénitales de l'œil

- 411–428.1 Lorsque la reconnaissance de l'infirmité congénitale dépend d'une diminution déterminée de l'acuité visuelle, celle-ci doit être mesurée après correction optimale du vice de réfraction.
- 411–428.2 Lorsque l'acuité visuelle n'est pas mesurable, il faut admettre qu'elle est de 0,3 ou moins de par le fait que l'œil en cause ne peut pas fixer centralement (ch. 416, 418, 419, 423, 425 et 427 OIC-DFI).
- 411–428.3 Si, *après correction*, la diminution de l'acuité visuelle requise pour la reconnaissance d'une infirmité congénitale est prouvée, l'AI prend les lunettes à sa charge au titre d'appareils de traitement, pour autant qu'elle

serve au traitement de l'affection assurée sous le chiffre concerné. La prise en charge des coûts n'intervient qu'aussi longtemps que l'obligation de prendre en charge des mesures médicales est avérée (voir ch. 16 s., ch. 425.2 et ch. 425.3).

- 411–428.4
1/20
- L'offre de « sur-lunettes » ou clips solaires sur le marché est relativement large (voir par ex. <https://www.lunetta.ch/ki/fr/Sonnenbrillen1/ueberbrillen1.html>). La plupart des modèles présentent une protection UV400 à 100 % (100 % des rayons UVA et UVB sont filtrés) et sont estampillés CE. La protection offerte par les sur-lunettes ou clips est donc équivalente à celle de lunettes de soleil. Seuls les sur-lunettes ou clips sont remboursés par l'AI (à l'exception du ch. 418 OIC-DFI).

Un remboursement de lunettes solaires correctrices pourrait toutefois entrer en ligne de compte si la forme des lunettes correctrices habituelles ne permet pas d'y fixer des sur-lunettes ou clips solaires. Dans ce cas, la demande de remboursement doit être dûment documentée.

413 Aplasie des voies lacrymales

- 413.1
- Un rétrécissement des voies lacrymales que l'on peut traiter en pratiquant des explorations et des rinçages ne peut pas être reconnu comme une infirmité congénitale relevant du ch. 413 OIC-DFI.

416 Opacités congénitales de la cornée avec acuité visuelle de 0,3 ou moins (après correction) ou lorsqu'une opération est nécessaire

- 416.1
- Lorsqu'une opération est nécessaire, les critères visuels n'ont pas besoin d'être remplis parce qu'une opération peut être indiquée en cas d'acuité visuelle < 0,5, en particulier lorsqu'elle peut permettre d'atteindre une acuité visuelle > 0,5.

-
- 418 Anomalies congénitales de l'iris et de l'uvée, avec diminution de l'acuité visuelle à 0,3 ou moins à un œil au minimum ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction)**
- 418.1 Lorsque le port de lunettes de soleil est indiqué en raison d'une pénétration importante de lumière causée par un colobome irien (béance dans l'iris), celles-ci peuvent être prises en charge au titre d'appareil de traitement (voir ch. 411 à 428.4).
- 419 Opacités congénitales du cristallin ou du corps vitré et anomalies de position du cristallin avec acuité visuelle de 0,3 ou moins à un œil au minimum ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)**
- 419.1 Si des contrôles et le port de lunettes restent nécessaires après une opération de la cataracte, ces coûts sont à la charge de l'AI (voir ch. 661/861.10 et 661/861.11).
- 420 Rétinopathie des prématurés (RDP)**
- 420.1
1/22 Est réputée comme RDP (= rétinopathie des prématurés ou fibroplasie retrocristalline) au sens du ch. 420 OIC-DFI toute RDP à partir du stade 1. Une rétine immature n'est en revanche pas considérée comme une RDP.
- 420.2
1/22 Une maladie de Coats n'est pas reconnue comme une infirmité congénitale au sens de l'AI.
- 425 Anomalies congénitales de réfraction avec acuité visuelle de 0,3 ou moins à un œil au minimum ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)**
- 425.1 Les insuffisances d'acuité visuelle dont la *cause* désignée est une anomalie de réfraction (par ex. forte

myopie ou astigmatisme grave) doivent être classées sous le ch. 425 OIC-DFI.

425.2
3/12 Le traitement est en principe pris en charge jusqu'à l'âge de 11 ans. Les cas qui jusque-là ne présentent pas d'amélioration ou que peu d'amélioration doivent être considérés comme des cas résistant au traitement. Pour de tels cas, l'AI peut accorder des lunettes et des contrôles ophtalmiques au-delà de la onzième année, pour autant que les critères visuels mis à la reconnaissance d'une infirmité congénitale soient encore remplis, mais toutefois pas au-delà de l'âge de 20 ans. Les prescriptions du ch. 425.2 s'appliquent également au ch. 427 OIC-DFI.

425.3
1/18 Lorsque des mesures médicales sont requises après l'accomplissement de la onzième année et que les critères de reconnaissance d'une infirmité congénitale ne sont plus remplis, cette prolongation doit être motivée.

425.4 Des verres de contacts peuvent être accordés :

- s'il existe une anisométrie d'au moins 4 dioptries,
OU
- si les verres de contact permettent d'obtenir une amélioration de l'acuité visuelle d'au moins 2/10 par rapport aux verres de lunettes.

L'AI peut rembourser au maximum le nombre de verres de contact suivant, par année et par œil :

1 ^{re} et 2 ^e année de vie	jusqu'à 12
3 ^e année	jusqu'à 6
4 ^e à 12 ^e année	jusqu'à 4
12 ^e année et au-delà	jusqu'à 2

427 Strabisme et microstrabisme unilatéral, lorsqu'il existe une amblyopie avec acuité visuelle de 0,3 ou moins (après correction)

427.1 Il faut ranger dans cette catégorie tout strabisme concomitant monolatéral, lorsque l'œil strabique présente une amblyopie de 0,3 ou moins (après correction).

Lorsqu'on constate une amblyopie congénitale *unilatérale*, on doit la considérer comme un micro-strabisme, à moins que la faiblesse de l'acuité visuelle doive être imputée à une anomalie de la réfraction ou à une autre cause.

Pour la durée du droit aux prestations, voir ch. 425.2 et 425.3.

D'éventuelles opérations du strabisme peuvent aussi être prises en charge après l'âge de 11 ans, mais au maximum jusqu'à l'âge de 20 ans, sans que les critères de reconnaissance d'une infirmité congénitale doivent encore être remplis au moment de l'opération.

427.2 Le strabisme alternant et le strabisme intermittent ne constituent pas des infirmités congénitales au sens de l'OIC-DFI.

427.3 S'il existe une amblyopie *bilatérale* de 0,3 ou moins, il faut songer à une autre infirmité congénitale, telles celles visées au ch. 422 OIC-DFI ou 423 OIC-DFI.

**428
1/22 Parésies congénitales des muscles de l'œil et syndrome de Duane, lorsque des prismes, une opération ou un traitement orthoptique sont nécessaires**

428.1 Le strabisme paralytique congénital est classé sous ce chiffre. Il ne faut pas le confondre avec un strabisme concomitant, qui relève du ch. 427 OIC-DFI.

**443
1/22 Fente congénitale dans la région de l'oreille, fistules congénitales de l'oreille moyenne et dysfonctionnements congénitaux du tympan. Les appendices préauriculaires ne constituent pas une infirmité congénitale au sens de l'AI**

443.1 Une fistule préauriculaire ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de l'OIC-DFI, sauf si elle touche l'oreille moyenne.

-
- 444
1/22** **Malformations congénitales de l'oreille moyenne avec surdité partielle unilatérale ou bilatérale avec une perte auditive d'au moins 30 dB à l'audiogramme tonal dans deux domaines des fréquences de 500, 1000, 2000 et 4000 Hz**
- 444.1 La fixation congénitale de l'étrier ou d'autres osselets de l'ouïe doit être classée sous le ch. 444 OIC-DFI si les critères audiométriques susmentionnés sont remplis.
- 444.2 Chez le nourrisson et le petit enfant, des examens spéciaux de pédo-audiologie sont en règle générale nécessaires. Ils doivent être prescrits médicalement. Ces examens nécessitent fréquemment une courte hospitalisation dans une clinique spécialisée.
- 444.3 Dans le cas d'appareils acoustiques fixés par ancrage osseux, il faut faire une différence entre une composante interne (= mesure médicale) et une composante externe (= moyen auxiliaire selon l'art. 21 LAI). Il en va de même pour les appareils « Soundbridge » (System Symphonix).
- 445 Ce chiffre n'existe plus dans la nouvelle OIC-DFI. La surdité congénitale figure désormais au ch. 446 OIC-DFI.

2.15 Métabolisme et glandes endocrines

- 451-470
1/22 Les centres de référence et les réseaux de prise en charge sont responsables du suivi et du traitement des patients.
L'ASSM resp. la KOSEK définit les centres de référence comme des centres de compétences qui regroupent l'expertise pour des groupes de maladies définis. Ils ne sont pas interdisciplinaires, mais axés sur une maladie/un groupe de maladies spécifique.
Le réseau de prise en charge comprend l'ensemble des institutions, spécialistes et autres offres de soutien

nécessaires pour un groupe de maladies donné : centres de référence, autres hôpitaux, fournisseurs de prestations ambulatoires (médicaux et non médicaux), ainsi qu'associations de patients.

Centres référencés : <https://www.ko-sekschweiz.ch/fr/prise-en-charge/centresmaladie-srares>

- 451**
1/22
- Troubles congénitaux du métabolisme des hydrates de carbone, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme**
- 451.1 En cas de *galactosémie*, les mesures à la charge de l'AI consistent en des contrôles médicaux, des analyses de laboratoire et des produits alimentaires diététiques (voir annexe 1).
- 451.2
1/22 Selon l'état actuel des connaissances scientifiques, un défaut génétique est à la base du diabète congénital qui est diagnostiqué avant le 6^e mois.
- 452**
1/22
- Troubles congénitaux du métabolisme des acides aminés et des protéines, y compris cycle de l'urée et acidurie organique, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme**
- 452.1 Pour la phénylcétonurie : régime sans phénylalanine (voir annexe 1).
- 459**
1/22
- Troubles congénitaux de la fonction du pancréas (insuffisance primaire du pancréas [telles que dans le cadre du syndrome de Shwachman])**
- 459.1

La fibrose kystique (mucoviscidose), jusqu'à présent assurée en vertu du ch. 459 OIC-DFI, est désormais classée sous le ch. 480 OIC-DFI.

459.2 L'AI prend en charge le traitement médicamenteux des insuffisances du pancréas (thérapie de substitution) ainsi que les produits alimentaires diététiques énumérés dans l'annexe 1. Elle n'assume par contre pas les frais supplémentaires qui découlent de toute façon d'un régime.

**461
1/22** **Troubles congénitaux du métabolisme des os (comme hypophosphatasie, rachitisme résistant au traitement par vitamine D)**

Pour les affections squelettiques, voir également les ch. 121 à 127 OIC-DFI.

**462
1/22** **Troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire (petite taille d'origine hypophysaire, diabète insipide, troubles fonctionnels correspondants dans le cadre de syndrome de Prader-Willi et de syndrome de Kallmann)**

462.1 Le diabète insipide néphrogénique doit être classé sous le ch. 341 OIC-DFI.

462.2 La preuve doit être apportée clairement, dans les règles de l'art et sur une longue durée. Un traitement par l'hormone de croissance ne peut être pris en charge que si un défaut d'hormone de croissance a été démontré (arrêt du TF 9C_403/2009 du 10.11.2009, consid. 5.1).

Pour le syndrome de Prader-Willi, le défaut d'hormones de croissance est réputé prouvé lorsque, chez les enfants de moins de 4 ans, sont présentes les constatations suivantes : taille inférieure au domaine de référence, répartition typique des muscles/tissus adipeux, valeurs IGF1 ou IGF1BP-3 basses et retard de croissance pour un rapport poids/taille normal.

Pour évaluer les pics de valeurs GH (Growth Hormone) lors de tests de stimulation GH pour le diagnostic de défaut d'hormones de croissance à l'enfance, les dispositions suivantes s'appliquent :

- En cas de trouble congénital (idiopathique) de l'hormone de croissance pour lequel les critères auxologiques sont remplis et les tests de provocation montrent des résultats limites (entre 8 et 10 µg/L), un essai de traitement est pris en charge durant 18 mois.
- Passé ce délai, le médecin traitant doit faire la preuve dans un rapport de l'efficacité du traitement par hormones de croissance ; le rapport doit en particulier attester une croissance de rattrapage induite par une amélioration notable de la vitesse de la croissance (>P50) et de la taille (mesure de la taille SDS et détermination de l'âge osseux). Si l'efficacité du traitement est établie, la thérapie par hormones de croissance peut être demandée/poursuivie pour le reste de la durée de la croissance.

462.3
1/22

Les nouveau-nés dont le poids et/ou la longueur à la naissance est inférieur à -2 écarts types (DS ; 2,33^e percentile) sont dits "*small for gestational*". (SGA). Environ 6 % des enfants SGA ne présentent aucune croissance de rattrapage (longueur et/ou poids) ou une croissance insuffisante au cours des deux premières années, raison pour laquelle ils sont traités par des hormones de croissance dans certains cas dans les centres d'endocrinologie pédiatrique en Suisse. Cependant, il n'y a **pas** de déficit en hormone de croissance chez ces enfants. Si aucun déficit en hormone de croissance n'est prouvé, le traitement aux hormones de croissance ne peut être pris en charge par l'AI.

466
1/22

Troubles congénitaux de la fonction des gonades (trouble de la synthèse des androgènes et des œs-

trogènes, résistance aux récepteurs des androgènes et des œstrogènes), lorsque le diagnostic a été confirmé par une équipe interdisciplinaire spécialiste des variations du développement sexuel (DSD)

466.1 Les traitements des troubles de la fonction des gonades et de la croissance dans le cas du syndrome de Turner sont classés sous le ch. 488 OIC-DFI.

466.2 Voir ch. 358.2 pour la définition d'équipe interdisciplinaire spécialiste des variations du développement sexuel (DSD).
1/22

467 Anomalie moléculaire congénitale entraînant des maladies complexes multisystémiques, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est accompagné par le réseau des maladies du métabolisme
1/22

467.1 Les défauts enzymatiques du métabolisme intermédiaire relèvent désormais des chiffres 451 à 457 OIC-DFI.
1/22

467.2 Ce chiffre inclut désormais les maladies congénitales complexes multisystémiques. Il s'agit de maladies (très) rares qui sont désignées par la mutation du gène correspondant, par exemple des anomalies des neurotransmetteurs telles que le déficit en GABA-transaminase ou le déficit en 3-phosphoglycérate déshydrogénase.
1/22

469 Tumeurs congénitales du cortex surrénal

469.1 Les tumeurs du tissu surrénalien ectopique sont également classées sous ce chiffre.
1/22

-
- 480 Fibrose kystique (mucoviscidose), lorsque le diagnostic a été posé par un centre pour la fibrose kystique**
- 480.1
1/22 L'AI prend en charge le traitement médicamenteux (thérapie de substitution) d'une insuffisance du pancréas exocrine et endocrine due à une fibrose kystique (CF) ainsi que les produits alimentaires diététiques énumérés dans le supplément 2, annexe 1. Elle n'assume par contre pas les frais supplémentaires qui découlent de toute façon d'un régime.
- 480.2
1/22 Le traitement de polypes nasaux est à la charge de l'AI s'ils sont en rapport avec le ch. 480 OIC-DFI.
- 480.3
1/22 Le diagnostic est posé dans un centre CF accrédité. La liste de tous les centres CF est disponible via le lien suivant : <http://www.sgpp-sspp.ch/fr/cf-betreuung-schweiz.html>.
- 480.4
1/22 L'AI prend en charge les appareils de traitement prescrits par un médecin s'ils sont simples et adéquats ; n'en font pas partie des appareils de sport comme un trampoline. La remise de deux appareils (par ex. pour un appartement de vacances) ne constitue en règle générale pas une mesure simple et adéquate.
- 480.5
1/22 La natation physiothérapeutique ne peut être prise en charge que si elle est prodiguée par un spécialiste reconnu en physiothérapie.
- 480.6
1/22 Conformément aux arrangements pris entre l'OFAS et la Société suisse pour la fibrose kystique, l'AI verse une contribution aux frais des camps organisés en faveur des enfants souffrant de mucoviscidose, à la condition qu'une décision ait été rendue pour l'assuré.

2.16 Malformations avec atteinte de plusieurs systèmes d'organes

- 485**
1/22 **Dystrophies congénitales du tissu conjonctif (comme dans le cadre du syndrome de Marfan, d'Ehlers-Danlos ou de Loeys-Dietz, d'une cutis laxa congénitale, d'un pseudoxanthome élastique)**
- 485.1
1/22 Pour les maladies mentionnées, seules les manifestations liées aux dystrophies du tissu conjonctif sont assurées.
- 485.2 Le syndrome de Marfan est souvent associé à une luxation ou subluxation de la lentille. Les moyens auxiliaires optiques octroyés en raison de l'extraction de la lentille sont à la charge de l'AI. L'AI prend aussi en charge l'opération d'extraction de la lentille (éventuellement combinée à l'implantation d'une lentille artificielle) pour les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans.
- 485.3 Une faiblesse constitutionnelle du tissu conjonctif ne représente pas une infirmité congénitale et ne peut pas être classée sous ce chiffre.
- 489** **Trisomie 21 (syndrome de Down)**
- 489.1
7/16 La trisomie 21 (syndrome de Down) a été inscrite le 1^{er} mars 2016 dans la liste des infirmités congénitales annexée à l'ordonnance concernant les infirmités congénitales. De ce fait, l'assurance-invalidité prend en charge les traitements médicaux nécessaires pour les atteintes à la santé qui ont un lien causal avec une trisomie 21. Il est à relever que la trisomie 21 constitue une exception – voulue par le politique –, car il ressort de la jurisprudence que les atteintes à la santé qui ne sont pas susceptibles en tant que telles d'être soignées par l'application d'un traitement scientifiquement reconnu ne peuvent être considérées comme des infirmités congénitales (ATF 114 V 22, consid. 2c).

-
- 489.2 Les différentes composantes de la trisomie 21 ne sont plus classées sous leur propre code (par ex. malformation du cœur, 313), mais sont toutes regroupées sous le ch. 489.
- 489.3 L'AI prend en charge l'ergothérapie dans le cas de la trisomie 21, pour autant qu'une situation clinique nécessitant un traitement au sens du ch. 1014.3 soit clairement prouvée.
- 489.4
1/22 L'AI prend en charge la physiothérapie dans le cas de la trisomie 21, pour autant qu'une situation clinique nécessitant un traitement au sens du ch. 1035.2 soit clairement prouvée.
- 489.5
1/22 L'AI prend en charge l'hippothérapie dans le cas de la trisomie 21, pour autant qu'une situation clinique nécessitant un traitement au sens du ch. 1021 soit clairement prouvée. Les coûts des autres formes d'équitation thérapeutique ne sont en revanche pas à la charge de l'AI (voir ch. 1021.8).

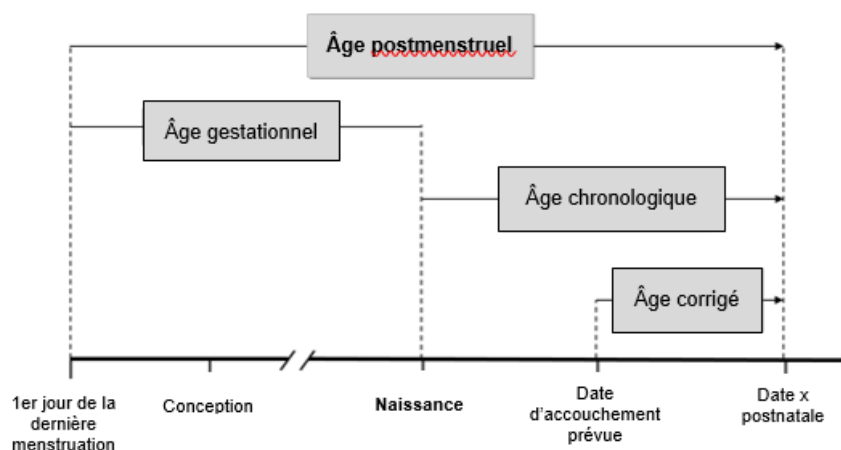
2.17 Autres infirmités

- 490
1/22** **Séquelles de maladies infectieuses congénitales (comme VIH, syphilis congénitale, toxoplasmose, cytomégalie, hépatite virale congénitale), y compris embryopathies et fœtopathies associées**
- 490.1
1/22 Les conséquences directes manifestes d'une maladie infectieuse congénitale prouvée (par ex. troubles auditifs ou malformations cardiaques dans le cadre d'une rubéole congénitale) sont assurées en vertu du ch. 490 OIC-DFI.
- 490.2
1/22 Ne sont pas assurés sous le chiffre 490 OIC-DFI les traitements d'infections congénitales avérées et les traitements d'infections néonatales (infection « early-onset », septicémie, etc.), car il s'agit de traitements

aigus qui sont limités dans le temps et ne remplissent donc pas les critères de l'art. 13 LAI.

- 490.3
1/22 Des mesures spécifiques à la naissance ainsi qu'une thérapie prophylactique par médicaments antiviraux durant les premières semaines de vie ne sont pas considérées comme traitement d'une infection par le VIH, tant que cette dernière n'a pas été irréfutablement démontrée.
- 490.4
1/22 On peut reconnaître l'existence d'une infection par le VIH quand, lorsqu'on recherche la présence du génome viral par PCR (polymerase chain reaction) et par la détection de l'antigène p24, deux examens exécutés à la suite donnent au moins 3 tests positifs sur 4 (par ex. PCR une fois positif, antigène p 24 deux fois positif).
- 490.5 Les anticorps maternels contre le VIH peuvent rester présents jusqu'au 15^e mois après la naissance. Le résultat d'un examen de recherche d'anticorps ne fait foi au plus tôt qu'à partir de ce moment.
- 490.6 Si une infection congénitale par le VIH est manifeste, l'AI peut reconnaître une infirmité congénitale même si celle-ci ne se manifeste encore par aucun symptôme (voir ch. 16).
- 494
1/22 Nouveau-nés ayant un âge gestationnel inférieur à 28 0/7 semaines de grossesse, jusqu'au jour de la première sortie d'hôpital à domicile**
- 494.1
1/22 L'âge gestationnel est déterminant pour l'évaluation de l'obligation de fournir des prestations en vertu du ch. 494 OIC-DFI. L'âge gestationnel est défini comme la durée écoulée entre le premier jour de la dernière menstruation normale et la date de la naissance. Pour simplifier, l'âge gestationnel à la naissance correspond donc à la durée de la grossesse et indique le degré de maturité de l'enfant. En néonatalogie, outre l'âge chronologique (âge à partir de la naissance), on continue

après la naissance de compter les semaines de grossesse selon l'âge gestationnel comme indicateur de progression de la maturité (âge post-menstruel). Concernant les nouveau-nés, certaines définitions de maladies et décisions thérapeutiques s'appuient sur l'âge post-menstruel, tandis que d'autres se réfèrent à l'âge chronologique.



Représentation graphique des définitions de l'âge (modifiée selon l'American Academy of Pediatrics Policy Statement, Committee on Fetus and Newborn, Pediatrics 2004)

L'âge gestationnel est indiqué en semaines et en jours. En néonatalogie, les jours sont généralement mentionnés sous forme de fraction. Exemple : si un enfant est né à $24 \frac{2}{7}$ semaines de grossesse, l'âge gestationnel correspond à 24 semaines et 2 jours. L'enfant est ainsi né au cours de la 25^e semaine de grossesse.

494.2
1/22

Après la naissance, les prématurés de moins de 28 semaines de grossesse sont pris en charge dans des services de néonatalogie hautement spécialisés ; s'ils ne sont pas déjà nés dans un centre hospitalier, ils y sont transférés. Selon les problèmes médicaux présentés par les nouveau-nés et l'organisation interne de l'hôpital, il peut arriver que des transferts soient opérés entre différentes cliniques ou différents services appartenant au même centre hospitalier

avant le retour au domicile. Si une médicalisation est toujours nécessaire à l'issue de la phase de stabilisation, certains enfants peuvent, pour des raisons de place ou des motifs familiaux, être transférés du centre hospitalier vers un hôpital périphérique (« transfert à proximité du domicile »), où la prise en charge est assurée jusqu'au retour à domicile. Cette hospitalisation est considérée comme faisant encore partie de celle mentionnée sous le ch. 494, pour autant qu'elle ne concerne pas le traitement d'une nouvelle maladie non liée à une infirmité congénitale au sens de l'AI.

- 494.3
1/22 L'obligation de prise en charge de l'AI en vertu du ch. 494 OIC-DFI prend fin au jour de la première sortie d'hôpital. Les thérapies ambulatoires, contrôles ultérieurs ou traitements subséquents sont uniquement à la charge de l'AI s'ils n'interviennent pas au titre du ch. 494 OIC-DFI, mais dans le cadre d'une autre infirmité congénitale au sens de l'AI.
- 494.4
1/22 Les examens de dépistage liés à la prématurité ne sont pas pris en charge par l'AI.
- 494.5
1/22 Si, pour des enfants assurés en vertu du ch. 494 OIC-DFI durant la période néonatale, il est ultérieurement fait valoir une atteinte dont la survenance est attribuable à la prématurité, son traitement ne peut pas être pris en charge au titre du ch. 494 OIC-DFI, étant donné que l'obligation de prise en charge de l'AI prescrite par le ch. 494 OIC-DFI prend fin au jour de la première sortie d'hôpital et que la prématurité en soi ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de l'AI. L'AI ne peut prendre en charge les prestations liées au traitement de cette maladie nouvellement diagnostiquée que si cette dernière est reconnue comme infirmité congénitale au sens de l'AI en vertu d'un chiffre autre que le ch. 494 OIC-DFI (par ex. paralysie cérébrale infantile au sens du ch. 390 OIC-DFI, dysplasie bronchopulmonaire selon le ch. 247 OIC-DFI). Si des affections nouvellement diagnostiquées sont classées

comme conséquence de la prématurité, mais ne figurent pas dans la liste des infirmités congénitales de l'AI, il n'y a en revanche pas d'obligation de prise en charge par l'AI pour leur traitement.

494.6
1/22

Les prématurés doivent, de préférence et dans toute la mesure du possible, être nourris au lait maternel. C'est pourquoi l'AI contribue aux frais de cette alimentation à titre forfaitaire (frais de location d'une pompe à lait, frais de transport). L'OFAS fixe ce forfait. Les coûts au sens du ch. 494 OIC-DFI peuvent être pris en charge jusqu'au jour de la première sortie d'hôpital au plus. Pour les conseils en allaitement, voir ch. 1041.

2^e partie :

Mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI

Chapitre 1

Conditions d'octroi

1.1 Principe

30
1/22

L'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales de réadaptation qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation pour lui permettre de fréquenter l'école (école obligatoire, spécialisée ou privée), de suivre une formation professionnelle initiale, d'exercer une activité lucrative (marché du travail primaire ou secondaire) ou d'accomplir ses travaux habituels (art. 12, al. 1, LAI ; art. 2^{ter} RAI ; voir aussi ch. 34).

Les mesures médicales de réadaptation doivent être de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de l'assuré à fréquenter l'école, à suivre une formation, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels, ou être de nature à prévenir une diminution notable de cette capacité. Le droit à ces mesures n'existe que si le médecin spécialiste traitant a posé un pronostic favorable tenant compte de la gravité de l'infirmité (art. 12, al. 3, LAI.).

31

L'art. 12 LAI représente une norme légale de délimitation par rapport aux domaines de compétences des assurances sociales maladie et accidents. Le critère de différenciation est donc en premier lieu d'ordre juridique et non pas médical.

1.2 Prolongation des mesures médicales de réadaptation au maximum jusqu'à l'âge de 25 ans (art. 12, al. 2 LAI)

- 31.1
1/22 L'assuré qui accomplit une mesure d'ordre professionnel au moment d'atteindre l'âge de 20 ans a droit à des mesures médicales de réadaptation visant directement la réadaptation à la vie professionnelle jusqu'à la fin de la mesure d'ordre professionnel, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans (art. 12, al. 2, LAI).
- 31.2
1/22 Le remboursement des mesures médicales de réadaptation en vertu de l'art. 12, al. 2, LAI peut être poursuivi si la nouvelle mesure d'ordre professionnel selon les articles 15-18c LAI a été octroyée avant la fin de la précédente, à condition toutefois que la mesure médicale soit nécessaire au succès de la réadaptation (art. 2^{bis}, al. 1, let. a RAI).
- Selon l'art. 2^{bis} RAI, les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18c LAI sont considérées comme n'étant pas encore terminées si, avant la fin de la mesure d'ordre professionnel précédente, la mesure d'ordre professionnel suivante au sens des art. 15 à 18c LAI a déjà été accordée (art. 2^{bis}, al. 1, let. a RAI).
- 31.3
1/22 La poursuite du remboursement des mesures médicales de réadaptation peut, dans certains cas, également être maintenu lorsque la mesure suivante de réadaptation d'ordre professionnel n'a pas encore été octroyée. Cela devrait notamment être le cas en cas d'interruption d'une mesure de réadaptation professionnelle. Pour que la mesure de réadaptation médicale soit remboursée, l'office AI doit considérer qu'une autre mesure de réadaptation est probable, alors que le potentiel de réadaptation de la personne assurée ne doit pas encore être épuisé (art. 2^{bis}, al. 1, let. b, RAI). De plus, la mesure médicale doit être nécessaire au succès de la réadaptation et la durée entre les deux mesures d'ordre professionnelles ne doit pas dépasser six mois (art. 2^{bis}, al. 2, RAI).

31.4
1/22

Si aucune mesure d'ordre professionnel n'est accordée dans les six mois suivant l'achèvement ou l'interruption de la dernière mesure à d'ordre professionnel, les coûts des mesures de réadaptation médicale seront couverts pendant un maximum de six mois après l'achèvement ou l'interruption de la dernière mesure d'ordre professionnel. Si, à la fin ou à l'interruption de la dernière mesure d'ordre professionnel, il apparaît qu'aucune autre mesure d'ordre professionnel ne suivra, par exemple parce que la personne assurée ne montre pas d'intérêt à poursuivre la réadaptation, la prise en charge des coûts des mesures médicales de réadaptation doit prendre fin à la fin du mois suivant l'interruption.

1.3 Conditions d'octroi

32
1/18

Une mesure médicale de réadaptation doit être demandée auprès de l'office AI compétent *avant le début du traitement* (art. 2, al. 3, RAI).

Une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI n'a jamais pour objet le traitement de l'affection en tant que telle. Elle vise à renforcer directement l'aptitude à la réadaptation après obtention d'un état de santé stabilisé et n'est initiée qu'au terme du traitement, lorsque les mesures médicales ne permettent plus d'améliorer de façon importante l'état de santé (art. 2, al. 1, RAI).

L'AI ne rembourse les mesures selon l'article 12 LAI que si le pronostic favorable du médecin spécialiste traitant parvient à l'office AI compétent avant le début de la mesure médicale de réadaptation. En cas de divergence sur la prise en charge des coûts, l'obligation d'avancer les frais incombant aux assureurs-maladie en vertu de l'article 70 alinéa 2 lettre a LPGA continue de s'appliquer (art. 2 al. 3 RAI). Les critères cumulatifs à prendre en considération lorsqu'il s'agit d'appliquer l'art. 12 LAI sont les suivants :

L'invalidité doit être avérée ou probable (art. 8 LAI).

Il ne doit pas y avoir d'affections secondaires importantes susceptibles de leur côté de diminuer la capacité de gain (VSI 2000, p. 303 ; voir arrêt du TF 9C_695/2009 du 1.12.2009, consid. 2.1).

1.3.1 Efficacité, adéquation et économicité des mesures

- 33.1
1/22 Les mesures doivent en principe remplir les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art.14 al. 2, LAI).
- 33.2
1/22 Le remboursement d'une mesure médicale de réadaptation est également envisageable si l'un de ces trois critères n'est pas (encore) rempli ou si les mesures sont prises en charge par l'AI à des fins de réinsertion, dans une plus large mesure ou à d'autres conditions que l'AOS. Les coûts peuvent ainsi également être pris en charge lorsque l'efficacité des mesures n'est pas (encore) entièrement attestée, doit être expérimentée plus avant. La probabilité d'une réadaptation doit paraître hautement vraisemblable, lorsque les économies susceptibles d'être réalisées en cas de réadaptation réussie sont supérieures à la charge supplémentaire du traitement. En pareils cas, l'économicité se mesure à l'aune non seulement du bénéfice médical en termes d'amélioration de l'état physique ou psychique, mais aussi des économies attendues grâce à la réadaptation (art. 2, al. 2, RAI).

33.3
1/22

Si la mesure de réadaptation médicale prévue ne correspond pas aux critères EAE, le médecin traitant doit en informer l'office AI au préalable. L'office AI examine si les conditions de l'art. 2, al. 2, RAI sont remplies. En cas de mesures thérapeutiques exceptionnelles, l'office AI peut consulter l'OFAS avant d'octroyer une prestation.

1.3.2 Capacité à fréquenter l'école, formation initiale et capacité à exercer une activité lucrative dans l'art. 12 LAI

34
1/22

La notion de capacité à fréquenter l'école se réfère aux écoles ordinaires, spéciales ou privées, les formations initiales recouvrent également les formations de ce type qui ne sont pas financées par l'AI, et la notion de capacité à exercer une activité lucrative doit aussi englober les activités sur le marché secondaire du travail (par ex. emplois protégés) (art. 2^{ter} RAI).

1.3.3 Nature, durée et étendue des prestations

35.1
1/22

Les prestations octroyées ne peuvent pas être remboursées sans limitation de durée. La nature (par ex. type d'intervention), la durée (horizon temporel) et l'étendue (intensité/fréquence, nombre et durée des séances) sont fixées dans la décision d'octroi, de même que le prestataire (art. 2, al. 4, RAI).

35.2
1/22

Il convient d'examiner régulièrement si les mesures contribuent à atteindre l'objectif thérapeutique et renforcent effectivement l'aptitude à la réadaptation. La fréquence de cet examen dépend de la nature de l'atteinte et du type de traitement. Il doit toutefois être opéré tous les deux ans au minimum (art. 2, al. 4, RAI et Circulaire sur la gestion des cas ch. 1035). Les mesures doivent autant que possible être coordonnées avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là.

35.3
1/22 Il doit exister un rapport raisonnable et acceptable entre les dépenses et le succès de la mesure. Le succès de la réadaptation ne saurait à lui seul représenter un critère valable de délimitation dans le cadre de l'art. 12 LAI.

1.4 Correction de séquelles stabilisées ou de troubles fonctionnels

1.4.1 Généralités

38
1/03 Les mesures médicales de réadaptation de l'AI ne tendent pas au traitement de l'affection comme telle, mais visent la réadaptation professionnelle par la correction de séquelles ou de troubles fonctionnels stabilisés. Elles ont pour but de supprimer ou d'atténuer des séquelles caractérisées par la diminution de la mobilité du corps ou de l'appareil locomoteur, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact, afin de permettre une formation professionnelle, de maintenir la capacité d'accomplir des travaux habituels ou d'améliorer la capacité de gain de façon durable et importante.

39
1/17 La prise en charge de mesures médicales selon l'art. 12 LAI suppose donc que le traitement de la maladie ou de l'accident est terminé, mais qu'il subsiste des séquelles (relativement) stabilisées (RCC 1988, p. 95 ; voir VSI 1999, p. 129).

40.1
1/17 Le traitement causal ou symptomatique de blessures, d'infections, de maladies internes ou parasitaires, ainsi que les mesures servant au maintien de la vie ou de la santé et celles qui sont dans un rapport étroit de connexité temporelle et matérielle avec le traitement des conséquences primaires d'un accident ou d'une maladie, ne représentent pas des mesures médicales de réadaptation, mais des mesures qui visent au traitement de l'affection comme telle.

- 40.2
1/17 Les mesures prophylactiques tendant à empêcher la survenance d'un état pathologique stable font également partie du traitement de l'affection comme telle. L'AI ne connaît pas – sauf s'il s'agit d'appliquer l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 13 LPGA et le ch. 54 – de prophylaxie systématisée (RCC 1983, p. 429 ; voir ATF 102 V 38, consid. 2).
- 41
1/17 La pathogenèse de l'affection est sans importance. Ainsi, les mesures destinées à agir sur un état pathologique labile relèvent également du traitement de l'affection comme telle lorsque l'infirmité en question découle d'un état de fait qui a précédemment fondé un droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 12 LAI ou de l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA (RCC 1971, p. 257).

1.4.2 Connexité matérielle avec le traitement de la maladie ou de l'accident

- 42 Une connexité matérielle étroite avec le traitement de la maladie ou de l'accident porte à croire à l'existence d'un traitement de l'affection comme telle.
- 43 Le rapport de connexité doit être apprécié selon des critères médicaux. Le moment déterminant est celui où les séquelles surgissent et non pas celui du diagnostic ou de l'exécution des mesures.
- 44 Les cas suivants constituent, par exemple, des traitements de l'affection comme telle :
- les mesures dont on avait déjà reconnu la nécessité future comme probable durant le traitement de la maladie ou de l'accident. Il faut en tenir compte, par exemple, lors de l'évaluation de la prise en charge des frais de physiothérapie. Pour les paralysies, voir ch. 60 ss ;
 - la psychothérapie en règle générale ;
 - le traitement d'un symptôme stabilisé d'une maladie qui continue à évoluer et qui reste donc labile ;

- la physiothérapie nécessitée par des paralysies, tant qu'une respiration artificielle ou que des traitements internes de thromboses ou d'embolies pulmonaires doivent être effectués. Pour la physiothérapie de durée indéterminée, voir ch. 65.1 ;
- lorsqu'une amputation a pour but d'éliminer le foyer infectieux d'une gangrène ou d'une tumeur. Néanmoins, lorsqu'une amputation s'impose après la guérison de l'atteinte primaire à la santé parce que les membres ne peuvent plus assurer leur fonction, on doit considérer qu'il s'agit d'une mesure de réadaptation si l'amputation devient nécessaire avant tout pour permettre l'exercice d'une activité professionnelle ou l'accomplissement des travaux habituels ;
- la suture secondaire d'un nerf après section accidentelle de celui-ci : elle appartient, avec la physiothérapie qui lui est nécessairement liée, au traitement des suites de l'accident.

- 50
1/17
- Si plusieurs mesures médicales sont appliquées simultanément, la mesure prépondérante est déterminante (voir ch. 44 et 76 ; RCC 1976, p. 416).
- 51
- La prise en charge des mesures médicales selon l'art. 12 LAI présuppose une situation dans laquelle le traitement de l'affection est terminé, l'état de santé ne peut plus être sensiblement amélioré par des mesures médicales et les mesures médicales servent principalement à améliorer la capacité de réadaptation. La mesure de réadaptation médicale est donc axée sur l'amélioration de la capacité de réadaptation, ce qui n'exclut pas totalement qu'elle puisse contribuer de manière sous-jacente à l'amélioration de l'état de santé.
- 52
- Si, lors d'un séjour dans un établissement hospitalier destiné principalement à l'application de mesures de réadaptation, des actes médicaux relevant du traitement de l'affection comme telle s'avèrent nécessaires

et ne peuvent être différés, ils seront aussi pris en charge par l'AI.

- 53 Lorsqu'on se trouve en présence de plusieurs mesures médicales différentes et *successives* visant par exemple le traitement d'affections distinctes, il n'y a pas non plus de lien juridique lorsque la première d'entre elles est indispensable à une mesure de réadaptation ultérieure.

1.4.3 Mesures prophylactiques de réadaptation

- 54
1/17 L'AI peut exceptionnellement prendre en charge des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI, alors même qu'il n'existe pas encore d'état stabilisé ou relativement stabilisé, lorsqu'on peut s'attendre avec une certitude suffisante à ce que les mesures préconisées permettent d'éviter la menace ultérieure de graves séquelles stabilisées, difficilement corrigibles, susceptibles d'influencer d'une manière importante la capacité de gain ou la formation professionnelle (art. 5, al. 2, LAI en relation avec l'art. 8, al. 2, LPGA). Cependant, il doit exister une atteinte à la santé. La prophylaxie des maladies proprement dite ainsi que les mesures qui se bornent à repousser le moment de l'installation d'un état stabilisé sont toutefois exclues. Pour la durée de ces mesures, voir le ch. 63 (RCC 1981, p. 518).

Exemple :

En cas d'épiphysiolyse, la fixation de la tête du fémur peut être reconnue comme mesure médicale de réadaptation de l'AI dès le début du processus.

1.5 Délimitation dans le temps par rapport au traitement de l'affection comme telle

1.5.1 Début de la réadaptation médicale

55 En cas d'infirmités pour lesquelles le début des mesures médicales de réadaptation n'est pas déterminé d'une manière générale, le début du droit sera fixé en tenant compte des circonstances du cas particulier.

1.5.1.2 Suites du traitement d'une maladie ou d'un accident

56 Le rapport de connexité temporelle avec le traitement de l'accident ou de la maladie n'est considéré comme rompu que lorsque la lésion est restée stable sans traitement pendant une longue durée, en règle générale une année, et que l'assuré a pu exercer une activité professionnelle pendant ce temps-là, dans les limites de ses aptitudes résiduelles.

Exemples :

Il existe un droit à des mesures médicales de réadaptation pour :

- 57 – une tympanoplastie effectuée après une otite moyenne purulente, à la condition qu'il n'y ait plus eu d'écoulement pendant au moins une année, sans traitement médical. En revanche, une tympanoplastie nécessaire à la guérison d'une otite moyenne purulente chronique ou d'un cholestéatome fait toujours partie du traitement de l'affection comme telle ;
- 58 – une arthrodèse effectuée après une fracture malléolaire mal guérie, s'il y a eu un intervalle sans douleur d'au moins une année entre la fin du traitement de la fracture et la nécessité de l'arthrodèse ;

-
- 59 – mais il n’y a pas de droit à une réadaptation médicale pour une arthrodèse 10 mois après une fracture articulaire. Cette opération fait partie du traitement de l’accident.

1.5.1.3 Début du droit aux prestations en particulier lors de paralysies

- 60
1/05 Dans les cas de paralysies irréversibles et d’autres troubles fonctionnels de la motricité pour lesquels le passage du traitement de l’affection comme telle à la réadaptation proprement dite n’est pas net, les mesures médicales doivent être prises en charge à partir du moment où, dans l’état actuel des connaissances médicales, le traitement de l’atteinte à la santé causale est généralement considéré comme achevé ou n’a plus qu’une importance secondaire. Chez les assurés adultes, en général, on devrait être confronté à une situation semblable au ch. 65.

- 61 En cas de paralysie transverse de la moelle épinière et de poliomyélite, ce moment est réputé survenu, en règle générale, quatre semaines après le début de la paralysie.
Des dérogations à ce principe sont admissibles lorsque la phase de réadaptation débute manifestement plus tôt à la suite de conditions particulièrement favorables ou qu’elle est sensiblement retardée en raison de la gravité du tableau clinique. Aussi longtemps que les paralysies sont en régression, le traitement de l’affection prédomine. En ce qui concerne les paraplégies dues à un accident, voir le ch. 77, et pour les mesures thérapeutiques de durée indéterminée (voir ch. 65).

1.5.1.4 En cas d’états non stabilisés

- 62
1/22 Pour de telles infirmités, c’est le moment du début des mesures médicales de réadaptation ayant pour but d’éviter des défauts menaçant de devenir ultérieurement stables et difficilement corrigeables qui est déterminant.

Exemple :

Le droit à la réadaptation médicale existe pour la scoliose juvénile idiopathique modérée à partir du moment où l'orthopédiste prescrit le port permanent d'un appareil de contention (par exemple corset à 3 points) pendant au moins un an (ch. 737/937.2) et pour la scoliose juvénile idiopathique sévère à partir du moment de l'opération (ch. 81; ch. 737/937.3).

1.5.2 Durée de la réadaptation médicale

63.1
1/17 Les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI sont en principe des actes uniques ou limités dans le temps, jusqu'au 25^e anniversaire de l'assuré (voir ch. 65). Elles ne doivent toutefois pas avoir un caractère permanent, c'est-à-dire qu'elles ne doivent pas être nécessaires pendant une durée illimitée.

63.2
1/17 Dans le cas des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative, les mesures qui tendent à empêcher ou à retarder un état pathologique ou tout autre état stabilisé peuvent assurément s'étendre sur un certain laps de temps ; elles ne sauraient par contre revêtir un caractère durable, c'est-à-dire être requises indéfiniment (voir ch. 54) (RCC 1981, p. 518 concernant les infirmités de l'œil ; RCC 1991, p. 186, concernant l'insulinothérapie ; RCC 1984, p. 523 concernant le bilan après une méningo-encéphalite ; arrêt du TF 9C_430/2010 du 23.11.2010 concernant la psychothérapie).

1.5.2.1 Durée des mesures médicales de réadaptation en cas de paralysie et d'autres troubles fonctionnels de la motricité

65
1/17 Si, pour prévenir des récives (diminution de la capacité) et pour conserver plus ou moins le statu quo, des mesures thérapeutiques sont en permanence nécessaires, on parle, au sens de la jurisprudence, d'un état

stationnaire et non pas d'un état stable. En pareil cas, la physiothérapie ne peut pas être qualifiée de mesure médicale au sens de l'art. 12 LAI (RCC 1973, p. 85 ; RCC 1976, p. 416 ; RCC 1988, p. 95 ; VSI 1999, p. 127).

65.1
1/22

Dans les cas de paralysie et d'autres troubles fonctionnels de la motricité qui peuvent être pris en charge dans le cadre de l'art. 12 LAI, les mesures physiothérapeutiques (à l'exception de celles qui visent les affections secondaires telles que les affections des reins et de la vessie ou les contractures) doivent être accordées aussi longtemps que, dans l'état actuel des connaissances, l'on peut s'attendre à une amélioration de la fonction musculaire. Cette amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels (par ex. le ménage) doit être, selon toute probabilité, importante et durable (voir ch. 30 et 65).

65.2
1/22

Dans les cas de paralysie, on admet qu'il y a influence importante sur la capacité de gain lorsque les fonctions de la musculature nécessaires à l'exercice d'une activité lucrative ou à l'accomplissement d'autres tâches peuvent être manifestement améliorées ou maintenues par la physiothérapie (voir ch. 65).

1.6 Ensemble de mesures à caractère de réadaptation prépondérant

76

Lorsqu'il s'agit d'un complexe de mesures *de types différents* dont le but prépondérant de réadaptation serait compromis à défaut d'un traitement médical accessoire appliqué *simultanément*, ce dernier peut aussi être assimilé à une mesure médicale de réadaptation. Ainsi, une psychothérapie d'accompagnement est exceptionnellement à la charge de l'AI si elle est indispensable pour atteindre ou assurer l'objectif de la mesure de réadaptation. En revanche, l'AI ne prendra pas les frais en charge si la psychothérapie a, par

exemple, pour objet principal de traiter un processus névrotique. Voir ch. 645 à 647.1 ss.

Les mesures médicales qui ne relèvent pas de l'art. 12 LAI ne peuvent pas être prises en charge au titre de mesures de réadaptation professionnelle, même si ces mesures médicales (par ex. psychothérapie) complètent des mesures professionnelles (de façon importante).

1.7 Traitement des accidents et des maladies professionnelles des personnes assurées obligatoirement en vertu de la LAA

- 77
1/03 L'AI n'est pas tenue d'allouer des mesures de réadaptation médicale tant qu'elles doivent l'être par l'assurance-accidents obligatoire. Cette observation concerne en particulier les cas d'accidents entraînant des paralysies. Il faut noter par ailleurs que l'assurance-accidents est en principe également responsable des rechutes et séquelles tardives, même lorsqu'il n'y a plus un rapport étroit de connexité temporelle avec le traitement de l'accident ou de la maladie (art. 11 LAA).
- 78 En ce qui concerne le déroulement des examens, il doit s'effectuer en fonction de la Circulaire sur la procédure dans l'AI.
- 80 L'AI est néanmoins tenue d'accorder des prestations aux personnes qui ne sont pas soumises à l'assurance-accidents obligatoire dès que le rapport étroit de connexité temporelle avec le traitement de l'accident est rompu. En cas de paralysie irréversible, l'AI doit accorder des prestations selon les ch. 60 ss.

1.8 Étendue des prestations dans le cadre de l'art. 12 LAI

- 81
1/03
- La condition essentielle mise à l'octroi de mesures médicales de réadaptation en vertu de l'art. 12 LAI est la possibilité raisonnable d'améliorer de façon durable et importante la capacité de gain (voir ch. 34) ou de la préserver d'une diminution notable. Dans tous les cas, il y a lieu d'admettre que des examens complets ont été réalisés et que des examens complémentaires importants ne sont plus nécessaires avant que se pose enfin la question de l'annonce à l'AI. Il faut en conclure que, au cas où l'AI a reconnu une opération à effectuer en milieu hospitalier au titre de mesure médicale de réadaptation, l'assurance est en règle générale tenue à prestations à partir du moment où l'assuré est admis à l'hôpital. Il faut néanmoins présenter auprès de l'AI la demande de prise en charge des coûts de la mesure médicale avant que cette dernière ne débute.
- Font toutefois exception les mesures requises par l'intervention (déjà décidée) qui, pour des raisons d'organisation ou pour tout autre motif, ne sont pas appliquées en milieu hospitalier. Il s'agit par exemple des examens internes liés à l'opération (examen portant sur le caractère opérable de la lésion).
- 82
- En cas d'opération ambulatoire, le contrôle peut aussi être pris en charge s'il est effectué immédiatement (de un à trois jours généralement) avant l'intervention et s'il est directement lié à l'opération.

Chapitre 2

Droit à des mesures médicales de réadaptation en vertu de l'art. 12 LAI et délimitations par rapport aux séquelles des maladies et des accidents

2.1 Maladies infectieuses et parasitaires

601–604/
801–804 Les maladies infectieuses et parasitaires sont des états pathologiques labiles au sens de la jurisprudence, et leur traitement n'est de ce fait pas considéré comme une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Poliomyélites

603
1/22 Lorsque des mesures physiothérapeutiques de longue durée apparaissent vraisemblablement nécessaires dans le seul but de pouvoir maintenir l'état plus ou moins tel qu'il est, ces mesures doivent être considérées comme faisant partie du traitement en tant que tel et ne constituent dès lors pas des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI. Voir ch. 65.

2.2 Néoplasmes (tumeurs) ne figurant pas sur la liste des IC

611–613/
811–813 Le traitement des tumeurs fait toujours partie du traitement de l'affection comme telle, et n'est de ce fait pas considéré comme une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI. Les interventions plastiques nécessaires suite à l'ablation d'une tumeur font aussi toujours partie du traitement de la tumeur, sans égard au moment où elles sont effectuées.

2.3 Maladies allergiques, endocriniennes, du métabolisme et de la nutrition ne figurant pas sur la liste des IC

621–625/
821–825 Ces affections sont des états pathologiques labiles et leur traitement n'est pas considéré comme une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

2.4 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, à l'exclusion des néoplasmes, ne figurant pas sur la liste des IC

631/831 Les actes médicaux en relation avec des maladies du sang et des organes hématopoïétiques font toujours partie du traitement de l'affection comme telle, et ne constituent dès lors pas des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

2.5 Psychoses, psychonévroses et troubles de la personnalité, ne figurant pas sur la liste des IC

Psychoses

641–644/
841–844 Les schizophrénies, les psychoses maniaco-dépressives (cyclothymie), les psychoses organiques et les maladies du cerveau sont des états pathologiques labiles, et leur traitement n'est pas considéré comme une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Psychopathies, névroses et toxicomanies

645–647/
845–847.1 Les psychopathies et les névroses (troubles du comportement) ne sont pas des états stabilisés et leur traitement n'est pas considéré comme une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

-
- 645–647/
845–847.2 Le traitement des névroses constitutionnelles et des dépendances (y compris l'alcoolisme et les toxicomanies, ch. 647 à 847 et 648 à 848) est considéré comme celui de l'affection comme telle, et ne constitue donc pas une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.
- 645–647/
845–847.4
1/17 Les maladies et les lésions qui, en l'état actuel de connaissances de la médecine, ne peuvent pas être soignées autrement que par des traitements *permanents* (par ex. schizophrénie, psychose maniaco-dépressive) ne donnent pas droit à des mesures médicales de l'AI (voir ch. 641 à 644 et 841 à 844). Cela est aussi valable pour les lésions qui nécessitent une thérapie pendant au moins un certain temps avant que l'on puisse donner un pronostic valable (par exemple : troubles hyperkinétiques [VSI 2003, p. 104], anorexie [VSI 2000, p. 65]).
- 645–647/
845–847.5
1/18 Les conditions mises à la prise en charge des frais d'une psychothérapie sont exceptionnellement réunies (voir arrêt du TF 9C_354/2016 du 18.7.2016) :
- en cas d'atteintes psychiques acquises, lorsqu'un traitement spécialisé intensif appliqué durant un an n'a pas apporté d'amélioration suffisante et que, selon les constatations du médecin spécialiste, on peut attendre de la poursuite du traitement qu'il prévienne dans une mesure importante la menace de lésions et de leurs influences négatives sur la formation professionnelle et l'exercice d'une activité lucrative. Avant que la garantie de prise en charge des frais soit délivrée, le fournisseur de prestations remet un rapport permettant d'évaluer l'indication et l'adéquation du traitement psychothérapeutique. Ce rapport comprend les données concernant le diagnostic, les effets sur le plan professionnel ou scolaire, l'évolution récente, la méthode thérapeutique envisagée, l'objectif et le but ainsi que la durée du traitement (nombre de séances). La justification et l'intérêt médical de ces données doivent être vérifiés soigneusement. L'office AI décide ensuite si la prise
-

en charge des coûts doit commencer à partir de la deuxième année de traitement ou non. La psychothérapie est décidée chaque fois pour deux ans au maximum.

Les mesures psychothérapeutiques ne sont *pas* à la charge de l'assurance-invalidité quand le pronostic est incertain et que le traitement représente une mesure médicale sans limite dans le temps.

2.6 Maladies du système nerveux ne figurant pas sur la liste des IC

2.6.1 Épilepsies non congénitales (acquises)

654/854

Les épilepsies acquises, par ex. suite à une méningo-encéphalite ou à un traumatisme crânien, représentent des états pathologiques labiles. Elles nécessitent généralement un traitement s'étalant sur de nombreuses années, lequel ne constitue pas une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

2.6.2 Paralysies après lésions cérébrales et maladies du cerveau ou de la moelle épinière ne figurant pas sur la liste des IC

655–657/
855–857.1

Les paralysies intervenues après des lésions ou des maladies du cerveau (y compris les maladies cérébrovasculaires) justifient des mesures de réadaptation de l'AI dès que le traitement de l'affection causale est terminé et que l'état de l'assuré est stabilisé. La situation ne peut être appréciée au plus tôt que six semaines après que la personne accidentée ou malade a retrouvé sa pleine conscience. Auparavant, les mesures de réadaptation de l'AI sont exclues. Les mesures de réadaptation peuvent être accordées au plus tôt quatre semaines après que la personne a retrouvé sa pleine conscience.

Les mesures de réadaptation peuvent aussi comprendre une thérapie neuropsychologique (voir ch. 65).

- 655–657/
855–857.2
- En cas de maladie cérébro-vasculaire, les mesures de réadaptation ne sont possibles que si le processus pathologique est localisé mais pas dans le cas où il faut admettre l'existence d'une artériosclérose généralisée. Celle-ci est à présumer si la paralysie est progressive ou s'aggrave par poussées. En cas d'obstruction vasculaire (embolie, thrombose), on ne peut pas admettre l'existence de séquelles stables tant qu'une thérapie prophylactique par médicaments (anticoagulants, inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire) est appliquée (voir ch. 65).
- 655–657/
855-857.3
- L'octroi de mesures médicales pour le traitement de l'affection causale ou des séquelles paralytiques est exclu dans les cas suivants :
- artériosclérose généralisée,
 - embolie des artères cérébrales tant que dure le traitement par anticoagulants ou par inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire,
 - encéphalite léthargique,
 - hydrocéphalie si elle ne figure pas sur la liste des IC,
 - infarctus cérébral ischémique,
 - suite d'une opération palliative d'une tumeur cérébrale si elle ne figure pas sur la liste des IC,
 - sclérose latérale amyotrophique,
 - sclérose en plaques, encéphalomyélite disséminée,
 - syringomyélie,
 - thrombose des artères cérébrales, tant que dure le traitement par anticoagulants ou par inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire.

2.6.3 Paralysies après des lésions de la moelle épinière : paraplégie, tétraplégie

2.6.3.1 Droit

- 856.1 Les assurés qui souffrent de paralysie irréversible totale ou partielle suite à des atteintes de la moelle épinière, provoquées soit par un *accident* soit par une *opération* sont considérés comme paraplégiques et ont droit à des prestations de l'AI. Il faut tenir compte des ch. 77 ss, relatifs à l'obligation à prestations de l'assurance-accidents obligatoire.
- 856.2 Selon les principes médicaux généralement reconnus à l'heure actuelle, seule la réadaptation des paraplégiques dans des centres spécialement équipés et dotés d'un personnel formé à cet effet offre des chances optimales de réussite.
- 856.3 Tant que la personne paraplégique n'est pas traitée dans l'un de ces centres, le traitement de l'affection comme telle est présumé prépondérant.
- 856.4 Si la réadaptation du paraplégique a lieu dans un des centres précités, l'AI prend à sa charge *les frais de la réadaptation médicale, en règle générale après la quatrième semaine* qui suit l'apparition de la paralysie.
- 856.5 Si, après une réadaptation couronnée de succès, un nouveau traitement dans un centre s'impose, il y a lieu de réexaminer le droit à des mesures fondées sur l'art. 12 LAI, en tenant compte du ch. 65.
- 856.6 Si, au début d'un séjour dans un centre pour paraplégiques, les possibilités d'une réadaptation professionnelle sont douteuses, une réadaptation médicale peut être prescrite pour trois mois à titre d'essai. Elle peut être prolongée si par la suite les chances de succès s'avèrent très grandes.

2.6.3.2 Délimitation par rapport au traitement d'une affection comme telle

- 856.7 Les mesures suivantes n'ouvrent *aucun droit* à des mesures médicales de réadaptation de l'AI en vertu de l'art. 12 LAI :
- Le traitement des assurés victimes d'accidents, lorsqu'il est appliqué hors des centres.
 - Le traitement d'affections secondaires telles que : infections de la vessie, escarres de décubitus, modifications articulaires, etc., avant ou après la réadaptation médicale prise en charge par l'AI ; il en va de même lorsqu'un traitement exigeant un séjour de plus de 24 heures dans une clinique spécialisée s'avère indispensable pendant la période de réadaptation.
 - Les contrôles médicaux et la surveillance des maladies secondaires après la sortie du centre pour paraplégiques.
 - La physiothérapie d'une durée indéterminée ou lorsqu'elle constitue le seul moyen de parer à une aggravation de l'état de l'assuré.

2.7 Maladies des organes des sens ne figurant pas sur la liste des IC

2.7.1 Affections de l'œil ne figurant pas sur la liste des IC

Glaucome – décollement de la rétine

Kératocônes – Kératoglobes – Cicatrices de la cornée

- 661/861.1 Une greffe de la cornée peut être considérée autrement que comme le traitement de l'affection en tant que telle uniquement si cette intervention permet la correction d'une cornée déformée par des cicatrices

ou d'une pointe de kératocône opaque, qui réduit incontestablement la vision. La nécessité doit en être confirmée expressément par un médecin. Si, en revanche, une opération en raison d'une cornée trop fortement incurvée n'est indiquée que parce qu'elle empêche le port de lentilles de contact, il n'y a pas d'obligation à prestations de l'AI en vertu de l'art. 12 LAI.

661/861.2 L'herpès est considéré comme un état pathologique labile même dans les cas où la cornée est devenue irréversiblement opaque (tendance à la récurrence et risque important que le greffon devienne opaque). En pareil cas, le critère de durabilité du succès de la mesure de réadaptation ne saurait être considéré comme rempli.

661/861.3 Si, en raison de l'intervention, l'assuré a besoin de lentilles de contact et/ou de lunettes, celles-ci sont à la charge de l'AI (y compris les lunettes de remplacement) aussi longtemps que, par ce biais, le but de la réadaptation peut être atteint ou garanti. Lorsque l'assuré portait déjà des lunettes avant l'opération et que les conditions de réfraction se sont modifiées en raison de l'opération, l'AI les prend en charge une seule fois.

Cataracte – cataracte secondaire

661/861.4
1/22 Une « clear lens extraction » n'est pas une opération de la cataracte. Il ne s'agit pas d'une mesure médicale de réadaptation de l'AI au sens de l'art. 12 LAI (voir ch. 661/861.19).

661/861.5 L'opération de la cataracte est une mesure médicale de réadaptation de l'AI selon l'art. 12 LAI. Il en va de même pour l'ablation de la membrane (cataracte secondaire). L'origine de la cataracte n'est pas déterminante. Lorsque la cataracte est la conséquence d'un accident, le droit à des mesures médicales de réadaptation ne subsiste toutefois que si le cristallin n'a pas dû être enlevé durant le traitement de l'accident ou si

l'existence d'une lésion n'était pas déjà attestée à ce moment-là, car il faudrait admettre alors qu'il s'agit de mesures en rapport avec l'accident.

- 661/861.6 La maladie de base ou d'autres affections secondaires peuvent influencer de manière décisive la persistance et l'importance du succès de la réadaptation (ch. 30 ss). Cela peut être le cas *notamment* lors de :
- myopie (en particulier dans sa forme maligne),
 - rétinopathie diabétique (spécialement la forme proliférante),
 - glaucome simple (surtout au stade terminal).
- 661/861.7 Une opération conjointe, cataracte-glaucome, peut être considérée comme une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI lorsque la cataracte est déjà si avancée qu'elle aurait dû être opérée même sans glaucome. Ce n'est en règle générale pas le cas pour une acuité visuelle de 0,5 ou plus (cela dépend de l'activité professionnelle ou de la formation, notamment).
- 661/861.8 L'ablation d'une cataracte secondaire constitue une mesure autonome. Il faut dans chaque cas examiner si les conditions d'application de l'art. 12 LAI sont encore remplies.
- 661/861.9 Dans les cas d'implantation de cristallin, les biométries préliminaires sont également prises en charge.
- 661/861.10 Suite à une opération de la cataracte, les assurés ont droit à une paire de lunettes à double foyer ou à une paire de lunettes pour la vision de près et (si nécessaire) à une paire de lunettes pour la vision de loin ainsi qu'à une paire de lunettes de remplacement. Lorsqu'il n'y a pas eu d'implantation de cristallin, on parle de verres pour aphaque.
- 661/861.11 En cas d'opération unilatérale de la cataracte *sans implantation de cristallin*, les assurés peuvent aussi recevoir, en lieu et place d'une paire de lunettes à double

foyer ou d'une paire de lunettes pour aphaque pour la vision de près et une autre pour la vision de loin, un verre de contact (une lentille) et une paire de lunettes pour la vision de près.

Si une personne opérée d'une cataracte unilatérale a besoin d'une élimination optique (occlusion) pour l'autre œil, l'Al prend en charge les verres de compensation qui s'avèrent nécessaires.

- 661/861.12 La manière de procéder du ch. 661/861.9 est aussi valable en cas d'opération *bilatérale* de la cataracte *sans* implantation de cristallin, pour autant qu'il existe une indication ophtalmique particulière telle que la présence d'un important astigmatisme irrégulier ou une vision monoculaire. Les verres de contact doivent aussi être remis en vue de l'exercice d'une activité lucrative ou d'une formation, ou lorsque l'assuré portait déjà des verres de contact après la première opération de la cataracte.
- 661/861.13 Si l'assuré opéré d'une cataracte unilatérale a besoin, déjà avant l'opération, d'une correction optique pour l'autre œil et que ses lunettes et montures ne pourront plus être utilisées après l'opération, l'Al prend *une seule fois* en charge les montures de lunettes et le verre pour cet œil.
- 661/861.14 Les implantations subséquentes de cristallins en matière synthétique ne doivent être prises en charge que lorsque l'intolérance aux verres de contact invoquée peut être objectivement démontrée.
- 661/861.15 Les lunettes d'essai, remises aussitôt après l'opération, ne sont pas remboursées séparément par l'Al.
- 661/861.16 Le genre de verres (par ex. Varilux) ou la qualité des verres (teintés) doit être précisée dans l'ordonnance médicale. Les frais supplémentaires y afférents sont pris en charge par l'Al lorsqu'ils sont solidement motivés par l'ophtalmologue.

- 661/861.17 Lorsque les lunettes ou verres de contact remis doivent être remplacés, l'AI prend également en charge les frais qui en découlent, pour autant que le but concret de réadaptation puisse toujours être atteint ou garanti.
- 661/861.18 Dans le cas où une modification de la réfraction de plus de +/- 0,5 dioptrie intervient, l'AI prend en charge les frais de remplacement des lunettes ou verres de contact sans égard à la durée d'utilisation. Il en va de même lorsque des incompatibilités rendent un autre type de verres de contact nécessaire.
- 661/861.19 Les frais de lunettes de remplacement (lunettes de réserve) ne sont pris en charge par l'AI dans le cadre de ce chiffre marginal que si une modification de la réfraction le rend nécessaire.

Décollements de la rétine ne figurant pas sur la liste des IC

- 661/861.20 Une opération nécessitée par un décollement de la rétine (amotio retinae) est considérée en règle générale comme le traitement de l'affection comme telle (pour les exceptions, voir le ch. 54).

Anomalies de la réfraction ne figurant pas sur la liste des IC

- 661/861.21 En cas de pure *anomalie de la réfraction*, les contrôles ophtalmologiques qui pourraient fonder un droit à la remise de lunettes ou de verres de contact, ne sont pas considérés comme des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.
- 661/861.22 Les mesures de chirurgie réfractive (laser excimer, implantation de lentilles intraoculaires pour la myopie, cristallins Iris-Claw, « clear lens extraction », etc.) ne constituent pas des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Luxation ou subluxation du cristallin ne figurant pas sur la liste des IC

- 661/861.23 La luxation ou subluxation du cristallin est considérée comme une affection pathologique labile, et son traitement ne constitue donc pas une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

2.7.2 Affections des oreilles, si elles ne figurent pas sur la liste des IC

- 671/871.1 Le cholestéatome non congénital ne représente pas un état stabilisé au sens de la jurisprudence. Son ablation constitue toujours un traitement de l'affection comme telle. Une tympanoplastie nécessitée par une opération de cholestéatome constitue une partie du traitement de l'affection comme telle et non pas une mesure médicale de réadaptation de l'AI au sens de l'art. 12 LAI (voir ch. 57).
- 671/871.2
1/03 Un *implant cochléaire* (IC) peut être pris en charge par l'AI dans le cadre de l'art. 12 LAI. La partie externe (par ex. le processeur de parole) tombe dans le domaine des moyens auxiliaires.
- 671/871.3
1/03 Un appareil acoustique fixé par ancrage osseux est analogue à un implant cochléaire quant à la prise en charge (voir ch. 671/871.4). L'implant osseux ou la partie implantée peut relever de l'art. 12 LAI. La composante externe tombe dans le domaine des moyens auxiliaires (art. 21 LAI).
- 671/871.4
1/03 En ce qui concerne le « Soundbridge » (System Symphonix), il faut également distinguer les composantes interne et externe (art. 21 LAI). L'indication principale est l'incapacité à porter des appareils acoustiques conventionnels. L'art. 12 LAI est applicable comme pour l'implant cochléaire et les appareils acoustiques à ancrage osseux.

2.8 Maladies de l'appareil circulatoire, si elles ne figurent pas sur la liste des IC

Maladies cardiovasculaires ne figurant pas sur la liste des IC

682/882.1 Le traitement d'une maladie cardiovasculaire, pour autant qu'elle ne soit pas reconnue comme infirmité congénitale en vertu de l'art. 13 LAI, constitue le traitement de l'affection comme telle. C'est pourquoi elle ne saurait constituer une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Troubles circulatoires périphériques

683–685
883–885 Les troubles circulatoires périphériques et lymphœdèmes représentent un phénomène pathologique labile, et leur traitement ne constitue de ce fait pas une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

2.9 Maladies de l'appareil respiratoire ne figurant pas sur la liste des IC

Infection des voies respiratoires

691/891 Il s'agit là du traitement de l'affection comme telle. C'est pourquoi elle ne saurait constituer une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

2.10 Maladies de l'appareil digestif ne figurant pas sur la liste des IC

701/901 La vélopharyngoplastie est considérée comme une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI lorsqu'elle permet de remédier à de sérieux troubles du langage qui portent préjudice à la capacité de gain.

2.11 Maladies des organes génito-urinaires ne figurant pas sur la liste des IC

Maladies des reins et des voies urinaires ne figurant pas sur la liste des IC

711/911 Les infections des voies urinaires constituent indubitablement des phénomènes pathologiques labiles même lorsqu'elles se présentent comme les conséquences secondaires d'une paraplégie. Leur traitement est celui de l'affection comme telle et ne constitue par conséquent pas une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Torsion du testicule

712/912
1/22 La torsion du testicule ne représente pas un état stabilisé au sens de l'art. 12 LAI. C'est pourquoi son traitement ne peut pas être pris en charge par l'AI. Il en va de même, après torsion d'un seul côté, de la fixation contro-latérale prophylactique, car l'AI ne peut prendre en charge un préjudice futur simplement possible.

2.12 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ne figurant pas sur la liste des IC

Altérations de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (en ce qui concerne les tumeurs et les allergies, voir les ch. 611–613/811–813 et 621–625/821–825).

721/921.1 L'AI ne peut prendre à sa charge les frais d'une correction chirurgicale de cicatrices gênantes d'un point de vue esthétique ou fonctionnel que s'il en résulte une amélioration importante et durable de la capacité de gain et dans la mesure où l'assuré remplit les conditions des ch. 38 ss (voir ch. 1029 ss).

721/921.2 Le traitement d'une chéloïde en voie de développement n'est pas à la charge de l'AI ; par contre, des cicatrices hypertrophiques, anciennes et stabilisées

peuvent donner droit à des mesures médicales de réadaptation dans les conditions mentionnées ci-dessus.

2.13 Maladies des os et organes de locomotion ne figurant pas sur la liste des IC

- 731–738/
931–938.1 Pour l'appareil locomoteur, ne sont considérées comme *lésions stabilisées* que celles qui touchent le *squelette osseux* et non pas les tendons, les disques, les ligaments et le cartilage. L'AI ne reconnaît comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI que les corrections des lésions stabilisées du squelette osseux, mais non pas celles qui corrigent le déroulement pathologique des mouvements dans les articulations.
- 731–738/
931–938.2 En ce qui concerne les mesures de technique orthopédique, il convient néanmoins d'examiner si elles peuvent être prises en charge au titre de moyens auxiliaires (art. 21 LAI).
- 731–738/
931–938.3 En principe, le traitement des suites d'un accident relève en premier lieu de la compétence de l'AA, quelle que soit la durée du dommage (arrêt du TF 8C_203/2016 du 12.8.2016).
- 731–738/
931–938.2 Des maladies osseuses telles que des kystes, la maladie de Jaffé-Lichtenstein, etc., ne justifient aucune mesure médicale de réadaptation de l'AI, parce que le processus dans son ensemble se présente comme un phénomène pathologique labile. Que des symptômes isolés soient stabilisés ne joue ici aucun rôle.

2.13.1 Polyarthrites chroniques (rhumatismes articulaires)

- 731/931.1 En cas d'arthrite chronique juvénile (ACJ), l'AI peut prendre en charge des mesures préventives de séquelles stables futures (voir ch. 54), lorsque des séquelles préjudiciables à la réadaptation n'existent pas déjà. Font partie de ces mesures la physiothérapie, les

appareils de technique orthopédique, les synovectomies ainsi que les opérations orthopédiques.

731/931.2 Ne constituent en revanche pas des mesures de réadaptation de l'AI la mise en place d'endoprothèses articulaires ni du reste la remise de médicaments tendant à agir sur la maladie. Lorsque les assurés deviennent dépendants d'un fauteuil roulant, les critères de l'art. 12 LAI ne sont en général plus remplis.

2.13.2 Coxarthroses

732/932.1 Les arthroses sont des affections dégénératives et représentent comme telles des processus pathologiques lables. Le traitement conservateur (cure de bains, physiothérapie, traitement médicamenteux) constitue un traitement de l'affection comme telle et ne peut être pris en charge par l'AI.

732/932.2 En cas de coxarthrose, les cures de bains ne peuvent être remboursées par l'AI que si elles sont appliquées en complément d'une opération reconnue comme mesure de réadaptation par l'AI (voir ch. 1004 ss).

732/932.3 En règle générale, pour les coxarthroses, seule l'arthrodèse peut être reconnue comme mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI, toutefois uniquement pour une coxarthrose unilatérale avec fonction de la colonne vertébrale intacte. En outre, il faut aussi pouvoir admettre que l'assuré pourra vraisemblablement poursuivre une formation ou l'exercice d'une activité lucrative appropriée malgré une hanche ankylosée.

732/932.4 Le médecin doit déclarer toutes les maladies associées ou secondaires susceptibles de menacer la capacité de gain ou la formation professionnelle, notamment celles qui touchent les segments mobiles déterminants pour la locomotion, mais aussi les maladies

généralisées. Il doit aussi se prononcer sur les chances de succès des mesures de réadaptation.

- 732/932.5 Sur la base de l'expérience actuelle, le succès de la mise en place d'une endoprothèse n'est pas durable, quel que soit l'âge de l'assuré ; cette mesure ne peut par conséquent pas être considérée comme une mesure médicale de réadaptation. Cette constatation est aussi valable pour les nouvelles générations d'endoprothèses fixées sans ciment.

2.13.3 Autres arthroses, en particulier les gonarthroses

- 733/933.1 Elles doivent être traitées selon les mêmes principes que la coxarthrose (ch. 732/932 ss).
- 733/933.2 Pour les arthroses dues à des accidents, voir ch. 41 ss.

2.13.4 Épiphyseolyses

- 734/934.1 Les mesures médicales visant à traiter les épiphyseolyses qui sont apparues après des accidents ou qui ont provoqué des douleurs pour la première fois après un accident n'entrent pas dans le cadre des prestations de l'AI.
- 734/934.2 Des épiphyseolyses non accidentelles de la tête du fémur peuvent donner droit à des prestations de l'AI. Il faut néanmoins pouvoir tabler sur un pronostic favorable. Une épiphyseolyse de la tête du fémur qui survient après la 10^e année est considérée comme étant d'étiologie non accidentelle, à moins que le diagnostic ne soit posé immédiatement après un traumatisme susceptible de provoquer ladite lésion.
- 734/934.3 C'est aux mêmes conditions que la fixation opératoire prophylactique de la tête du fémur au début de son glissement peut être reconnue comme une mesure

prise en charge par l'AI dans le sens d'une intervention précoce visant à éviter des séquelles graves et durables (ch. 54).

2.13.5 Maladie de Perthes

735/935 Le traitement de la maladie de Perthes constitue un traitement de l'affection comme telle. Si des ostéotomies sont effectuées, leur prise en charge doit être examinée sous l'angle de l'art. 12 LAI.

2.13.6 Spondyloses et ostéochondroses, y compris maladie de Scheuermann

736/936.1 Les spondyloses, les ostéochondroses et la maladie de Scheuermann (affection non congénitale appelée aussi épiphysite vertébrale douloureuse de l'adolescence ou cyphose douloureuse des adolescents) sont des états pathologiques labiles. Les mesures nécessaires à leur traitement conservateur (repos couché, gymnastique et massages, cures de bains) n'entrent pas dans le cadre des prestations de l'AI.

736/936.2 Toutefois, l'AI peut prendre à sa charge le traitement de ces affections, y compris les appareils correcteurs, lorsque des assurés sont menacés de graves séquelles stables au sens du ch. 54. On admettra le risque de telles séquelles lorsqu'il faut s'attendre à une progression importante du processus pathologique, qu'existent des déformations cunéiformes de plusieurs corps vertébraux qui peuvent conduire à un enraidissement en dos rond et que le médecin prescrit le port d'un appareil correcteur pendant une année au moins (un corset à trois points ou un corset de redressement, par ex.).

736/936.3 L'AI prend en charge tout le traitement à partir du moment de la remise de l'appareil correcteur et tant qu'il doit être porté.

-
- 736/936.4 En cas de spondylose et de spondylarthrose, la spondylodèse de la colonne vertébrale représente une intervention visant avant tout une réadaptation professionnelle ou soutenant la formation professionnelle.
- 736/936.5 Une *hernie discale* constitue un état pathologique labile. Même lorsqu'une hémilaminectomie et une éventuelle greffe osseuse doivent être effectuées, le traitement opératoire n'est pas à la charge de l'AI.
- 736/936.6 En ce qui concerne les spondyloses et spondylarthroses post-traumatiques, voir ch. 43 ss.

2.13.7 Spondylolyses et spondylolisthésis

- 736/936.7 En cas de spondylolyse ou de spondylolisthésis, le traitement chirurgical de la colonne vertébrale (spondylodèse ventrale ou dorsale) vise avant tout le but de réadaptation professionnelle pour les jeunes assurés, lorsque les phénomènes dégénératifs secondaires en sont à leur début et restent nettement localisés au niveau du segment lésé. S'il existe, outre la spondylolyse ou le spondylolisthésis, une spondylarthrose étendue, les opérations de segments isolés ne constituent pas des mesures de réadaptation.

2.13.8 Scolioses idiopathiques

- 737/937.1
1/09 En cas de scoliose idiopathique (affection non congénitale), le traitement conservateur (gymnastique, physiothérapie) représente un traitement de l'affection comme telle et n'est pas pris en charge par l'AI.
- 737/937.2 En cas de scoliose moyenne (angle de Cobb de 20° à 40°/50°), le traitement est pris en charge par l'AI sur la base du ch. 54 aussitôt et tant qu'il y a menace de séquelles graves. Cette situation doit être admise dès le moment où un orthopédiste prescrit le port permanent d'un appareil de redressement (par ex. corset à trois points) pendant une année au moins. L'obligation à

prestations de l'AI s'éteint dès que l'appareil ne doit plus être porté.

- 737/937.3 Les traitements chirurgicaux (par ex. spondylodèse [arthrodèse], redressement, growing rods, VEPTR y compris les opérations d'extension consécutives) qui permettent de suivre une formation professionnelle ou améliorent de manière importante et durable la capacité de gain doivent être reconnus, dans les cas graves (angle de Cobb de 40° et plus, progression de la scoliose, période de croissance), comme des mesures médicales de réadaptation de l'AI (ch. 54). La physiothérapie effectuée à l'issue d'une opération n'est prise en charge comme mesure médicale de réadaptation qu'aussi longtemps qu'elle vise à traiter les suites directes de l'opération (mobilisation par ex.). Une physiothérapie de durée supérieure à trois mois (voir ch. 1004) constitue le traitement de l'affection comme telle et n'est pas considérée comme une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI (voir ch. 737/937.1). Les exceptions doivent être motivées.
- 737/937.4 En cas d'EOS (early onset scoliosis), la pose d'un plâtre de redressement en préparation du traitement par corset constitue une prestation obligatoirement prise en charge par l'AI.
- 737/937.5 Le traitement par extension qui précède immédiatement une arthrodèse est aussi à la charge de l'AI.

2.13.9 Autres altérations des os et des organes

Exostoses ne figurant pas sur la liste des IC

- 738/938.1 Si les conditions prévues aux ch. 38 ss sont remplies, l'AI prend en charge l'ablation des exostoses lorsqu'elles provoquent un handicap fonctionnel ou

lorsqu'elles altèrent gravement l'apparence des assurés.

Pseudarthroses ne figurant pas sur la liste des IC

738/938.2 Lorsque la consolidation d'une fracture consécutive à un accident se fait attendre ou n'intervient pas du tout, les mesures médicales prises pour remédier à ce problème font partie du traitement de l'accident et ne constituent par conséquent pas des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Déviations axiales comme jambes en O (genua vara y compris crura vara) et jambes en X (genua valga)

738/938.3.1 1/22 Les déviations axiales comme les jambes en O (genua vara y compris crura vara) ou les jambes en X (genua valga) ne sont pas assimilables à des infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI.

738/938.3.2 1/22 Pour les adolescents en âge de suivre une formation professionnelle, les opérations telles que l'ostéotomie des jambes en O et des jambes en X représentent une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI lorsque, sans cet acte médical, il y a risque de séquelles (arthrose) difficiles à corriger dans un proche avenir et que l'on peut présumer que cette intervention permettra de stopper l'évolution du processus arthrosique (voir ch. 54).

738/938.3.3 1/22 Les opérations exécutées uniquement pour des raisons d'esthétique ne représentent pas des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Hallux valgus

737/938.4 Cette anomalie des orteils n'est pas provoquée par un défaut stable du squelette osseux, mais par des altérations des tendons ou des ligaments (contractures, in-

suffisances ligamentaires). Toutes les opérations entreprises pour la traiter sont dirigées contre des phénomènes pathologiques secondaires labiles (inflammations douloureuses, etc.) et ne constituent de ce fait pas des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Luxations habituelles

- 738/938.5.1 En ce qui concerne les luxations accidentelles habituelles, voir ch. 43 ss. Pour les luxations congénitales, voir ch. 194 OIC-DFI.
- 738/938.5.2 Lorsque des luxations habituelles résultent d'un défaut stable du squelette, le traitement de l'anomalie du squelette peut être pris en charge par l'AI au titre de mesure de réadaptation médicale selon l'art. 12 LAI (greffe d'Albee en cas d'hypoplasie du condyle externe du fémur, greffe du rebord de la cavité glénoïde de l'épaule en cas d'hypoplasie de la lèvre glénoïdienne).
- 738/938.5.3 Les opérations plastiques, qui corrigent surtout le déroulement pathologique des mouvements d'une articulation, constituent un traitement de l'affection comme telle et ne sont pas prises en charge par l'AI (par ex. opération de Roux, de Gocht, de Krogius pour le genou, opération de Putti-Pratt pour l'épaule et interventions similaires).
- 738/938.5.4 La chondropathie de la rotule provoquée par les luxations et subluxations de cette dernière n'est pas un état relativement stabilisé susceptible de fonder un droit à des mesures médicales de réadaptation de l'AI.

3e partie

Obligation de l'AI de prendre en charge des prestations en fonction des différents genres de mesures selon les art. 12 LAI et 13 LAI

Introduction : conditions d'assurance (Cf. 2ème partie de la CPAI)

999.1
1/22

Pendant l'exécution des mesures de réadaptation et de mesures médicales, le bénéficiaire doit être assujéti à l'AI (art. 9, al. 1^{bis}, LAI). Le droit aux mesures de réadaptation prend ainsi naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement (cf. CPAI, vérification de la qualité d'assuré).

En principe, cette condition doit être remplie par la personne concernée. Seuls les enfants de moins de 20 ans dont la famille vit à l'étranger bénéficient de facilités, lorsque l'enfant n'est pas lui-même assuré, mais que l'un des deux parents est assuré facultativement ou obligatoirement pour une activité professionnelle exercée à l'étranger (art. 9, al. 2, LAI).

999.2
1/22

Les ressortissants suisses et les personnes relevant du champ d'application de l'ALCP ou de la Convention AELE qui, en vertu du principe d'égalité de traitement, sont assimilées aux ressortissants suisses, ne doivent remplir que cette condition.

Par conséquent, un assuré relevant de cette catégorie peut présenter une atteinte à la santé lors de son arrivée en Suisse et remplir, à partir de l'assujettissement à l'assurance, les conditions du droit aux mesures de réadaptation.

-
- 999.3
1/22
- Les ressortissants étrangers qui ne relèvent pas du champ d'application de l'ALCP ou de la Convention AELE doivent remplir des conditions supplémentaires:
- Les ressortissants étrangers relevant du champ d'application d'une convention bilatérale de sécurité sociale doivent, au moment de la survenance de l'invalidité, soit avoir cotisé pendant une année, soit être soumis à l'obligation de cotiser, et ce en fonction du libellé de la convention (cf. [Informations de base & conventions \(admin.ch\)](#)). Les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans doivent, immédiatement avant la survenance du cas, soit avoir leur résidence habituelle en Suisse depuis un an ou de manière ininterrompue depuis la naissance, soit être nés invalides en Suisse.
 - L'article 2 Aréf prévoit des réglementations comparables pour les réfugiés et les apatrides qui relèvent du champ d'application de l'Aréf.
 - Les personnes ressortissantes d'un État n'ayant pas conclu de convention avec la Suisse doivent, conformément à l'article 6, alinéa 2, LAI, au moment de la survenance de l'invalidité, avoir versé des cotisations pendant au moins une année complète, ou avoir séjourné en Suisse de manière ininterrompue pendant dix ans. Les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans ressortissants d'un État n'ayant pas conclu de convention avec la Suisse doivent, soit remplir eux-mêmes ces conditions, soit, conformément à l'article 9, alinéa 3, LAI, être nés invalides en Suisse ou, au moment de la survenance de l'invalidité, avoir leur résidence habituelle depuis un an sans interruption en Suisse; et, au moment de la survenance de l'invalidité, le père ou la mère doit justifier d'une année de cotisations ou avoir séjourné en Suisse pendant dix ans de manière ininterrompue.
- 999.4
1/22
- Il n'existe aucun droit à une mesure qui entrerait déjà en ligne de compte de manière objective avant l'entrée en Suisse.

En ce qui concerne les mesures de réadaptation, la personne concernée est réputée invalide dès l'instant où l'atteinte à la santé justifie manifestement, pour la première fois, l'octroi d'une prestation parce qu'elle satisfait aux exigences légales en la matière.

999.5
1/22

Lorsque l'assujettissement à l'assurance prend fin, par exemple en raison de l'abandon de la résidence en Suisse, le droit aux mesures de réadaptation s'éteint. Il en va de même pour les personnes qui, sans être domiciliées en Suisse, y exerçaient une activité lucrative et y mettent fin. Les ressortissants suisses ou les personnes relevant du champ d'application de l'ALCP ou de la Convention AELE qui cessent leur activité lucrative pour des raisons de santé continuent d'être considérés comme assurés en ce qui concerne le droit à des mesures de réadaptation (cf. CIBIL « Continuation de l'assurance », ch. 1011 s.).

999.6
1/22

Survenance de l'invalidité lorsqu'il s'agit de prestations de même nature échelonnées dans le temps :
Lorsqu'il s'agit de mesures de même nature qui se suivent et qui forment un tout, la date de la survenance de l'invalidité s'établit en fonction de la première d'entre elles. En conséquence, si les conditions d'assurance n'étaient pas remplies lorsque la nécessité de mesures médicales s'est manifestée pour la première fois ou lors de la remise initiale d'un moyen auxiliaire donné, les mesures dictées ultérieurement par la même atteinte à la santé, et liées à celle-ci, ne peuvent pas être accordées non plus. À titre d'exemple, si une personne a subi une intervention chirurgicale avant d'être assurée, l'AI ne peut pas prendre en charge une opération ultérieure de correction, découlant de la première intervention, même si, au moment où cette correction est indiquée, la personne remplit les conditions d'assurance.

999.7
1/22

Par contre, en ce qui concerne les mesures de réadaptation resp. les mesures médicales, la survenance d'une nouvelle atteinte à la santé sans rapport objectif

avec la première, ou la remise d'un nouveau type de moyen auxiliaire à une phase ultérieure de la réadaptation (par ex. la remise d'un moyen auxiliaire au poste de travail en faveur d'un assuré déjà muni d'une prothèse) constituent un nouveau cas d'assurance qui exige un nouvel examen des conditions d'assurance.

Acupuncture

1000
3/12 Voir ch. 1212.

Amputations

1001.1 Les amputations rendues indispensables en tant que conséquences directes d'un accident, en raison de troubles circulatoires, d'infections ou de tumeurs (si non classés comme infirmités congénitales) font partie du traitement de l'affection comme telle et ne constituent pas des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

1001.2 Les amputations de doigts ou de phalanges fixés en mauvaise position fonctionnelle (malformations congénitales, séquelles de maladies ou d'accidents) représentent des mesures médicales de réadaptation si ces doigts ou ces phalanges gênent l'assuré dans l'exercice de sa profession et si l'opération a pour but prépondérant une amélioration de la capacité de travail, donc de la capacité de gain en vertu de l'art 12 LAI.

Arthrodèses

1003 Pour les séquelles d'accidents, voir ch. 43 et 55 ss.
Pour les cas d'arthrose, voir les ch. 732/932.1 ss.

Cures de bains

1004.1 Les cures de bains *peuvent être autorisées au titre de complément aux mesures chirurgicales de réadaptation de l'AI (par ex. arthrodèses)* si elles ont lieu dans les six mois qui suivent l'intervention. Une physiothérapie ambulatoire appliquée pendant trois mois après

une opération est assimilée à une cure de bains en station.

- 1004.2 Les cures de bains ne sont pas reconnues par l'AI comme des mesures médicales de réadaptation lorsque leur but prépondérant est d'améliorer l'état général de l'assuré.
- 1004.3 Les cures de bains doivent être effectuées dans un établissement de bains suisse, placé sous direction médicale. Elles doivent nécessairement comprendre, outre l'hydrothérapie usuelle, des mesures de thérapie physique et de la gymnastique médicale active.
- 1004.4 Lors d'un traitement appliqué dans un établissement qui a conclu une convention tarifaire avec l'OFAS, le paiement des frais est effectué sur la base d'une facture adressée directement à l'AI. Dans tous les autres cas, le traitement est remboursé en tant que mesure médicale ambulatoire selon les conventions tarifaires concernées. Pour ce qui concerne les frais de nourriture et de logement, voir ch. 1227.

Opérations de décompression de nerfs périphériques, neurolyses

- 1010 Les opérations de décompression en cas de syndromes de compression de nerfs périphériques (par ex. lors de syndromes du tunnel carpien, de compression du nerf facial dans l'oreille moyenne ou du nerf péronier au niveau de la tête du péroné) ne constituent pas des mesures médicales de réadaptation de l'AI.

Dialyses – Hémodialyses

- 1011 Le traitement au moyen d'un rein artificiel ne constitue pas une mesure médicale de réadaptation selon l'art. 12 LAI.

Autotransfusion

- 1012
1/03
- Lorsqu'une intervention chirurgicale, prise en charge par l'AI conformément aux art. 12 LAI et 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA, est exécutée en milieu hospitalier et qu'avant l'opération, l'assuré subit de manière ambulatoire une prise de sang afin d'être retransfusé par son propre sang lors de l'opération, ce procédé connu en chirurgie sous le nom d'autotransfusion fait partie de l'opération. La facture relative à cette intervention est en principe établie séparément et doit être transmise à la Centrale de compensation pour paiement.

Épiphyssiodes

- 1013
- Dans le cas de troubles de la croissance, en particulier touchant un membre inférieur, l'épiphyssiode du membre le plus long, destinée à maintenir l'égalité de la longueur des deux membres, constitue une mesure médicale de réadaptation à la charge de l'AI si ce but ne peut pas être atteint d'une manière plus simple (par ex. en modifiant la hauteur des talons des chaussures). La cause du trouble de la croissance importe peu, il importe cependant que l'opération ait nettement le caractère préventif d'une lésion difficile à corriger (voir aussi le ch. 1035) au sens de l'art. 12 LAI.

Ergothérapie (art. 12 LAI et art. 13 LAI)

- 1014.1a
- Pour le traitement des infirmités congénitales dans le cadre de l'art. 13 LAI, l'ergothérapie peut être considérée comme un complément nécessaire à la physiothérapie ou comme une mesure médicale indépendante.
- 1014.1b
- L'ergothérapie peut viser à remédier à une diminution importante de la capacité de gain en tant que mesure médicale de réadaptation limitée dans le temps au sens de l'art. 12 LAI. Elle ne le devient que si, nettement séparée du traitement de l'affection primaire, elle

-
- s'adresse à des états pathologiques relativement stabilisés et vise directement la réadaptation professionnelle (voir ch. 60, 65).
- 1014.2
1/18 L'ergothérapie dans le cadre des mesures médicales visées à l'art. 13 LAI doit être accordée conformément aux prescriptions du ch. 14. L'ergothérapie dans le cadre des mesures médicales de réadaptation visées à l'art. 12 LAI doit être accordée conformément aux prescriptions du ch. 35 ss.
- 1014.3
1/15 L'ergothérapie doit être prescrite par un médecin. L'indication doit être justifiée par des troubles neurologiques ou neuropsychologiques objectifs, documentés par les résultats d'examen correspondants et ayant des répercussions sur l'acquisition de capacités ou d'habiletés. La demande doit mettre en évidence les objectifs du traitement.
- 1014.4 Le médecin qui prescrit l'ergothérapie doit documenter et justifier ses objectifs et contenus, son volume (fréquence et durée des séances) ainsi que la durée prévisible (horizon temporel) du traitement vis-à-vis de l'office AI.
- 1014.5 Une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée. Une garantie de prise en charge d'ergothérapie en cas d'infirmité congénitale doit être accordée conformément aux prescriptions du ch. 14 et dans le cadre des mesures médicales de réadaptation visées à l'art. 12 LAI selon le ch. 35.2. Elles doivent être, dans la mesure du possible, coordonnées avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là (ch. 14).
- 1014.6 En cas de traitement à domicile, une justification doit être demandée au médecin qui prescrit l'ergothérapie. Les coûts ne peuvent être pris en charge que si un motif médical en rapport direct avec l'affection reconnue par l'AI exige un traitement à domicile. Les frais

supplémentaires pour un traitement à domicile découlant de facteurs étrangers à la maladie ne sont pas à la charge de l'AI.

- 1014.7 Les demandes de prolongation de l'ergothérapie doivent être fondées sur des examens médicaux détaillés effectués au cours de l'évolution, sur les répercussions sur la vie quotidienne et sur un rapport de traitement circonstancié. Le plan de traitement doit être compréhensible et faire ressortir notamment les objectifs du traitement.
- 1014.8
1/05 Dans le cas des troubles psychiques, l'ergothérapie constitue une part importante du plan global de traitement et fait donc partie du traitement de l'affection comme telle ; par conséquent, elle ne représente pas une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Conseils nutritionnels

- 1015.1 Des séances de conseils nutritionnels sont prises en charge par l'assurance-invalidité sur prescription médicale dans les cas d'infirmités congénitales. L'AI prend en charge tout au plus six séances prescrites par le médecin traitant. Si des séances supplémentaires sont nécessaires, le médecin peut renouveler son ordonnance. Si un traitement de douze séances de conseils nutritionnels, pris en charge par l'AI, doit être poursuivi, le médecin traitant doit adresser au service médical régional de l'office AI une proposition motivée concernant la poursuite de la thérapie.
- 1015.2 Les conseils nutritionnels ne sont pas considérés comme des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

Eurythmie – eurythmie curative

1016 L'eurythmie et l'eurythmie curative ne constituent pas des mesures médicales reconnues par l'AI (art. 12 LAI et 13 LAI).

Blessures liées à la naissance

1017 Les blessures liées à la naissance (respectivement à l'accouchement) sont des blessures causées, par exemple, par des événements pathologiques mécaniques au cours du processus de naissance. Il s'agit de lésions liées à la naissance, c'est-à-dire de lésions acquises survenues à la suite de facteurs externes, qui ne sont pas congénitales et ne constituent donc pas des malformations congénitales au sens de l'AI. Les blessures liées à la naissance comprennent, par exemple :

- Rupture de la rate, du foie, des reins, des glandes surrénales ou des poumons, ainsi qu'une hémorragie pulmonaire,
- Hémorragies telles que caput succedaneum, cephalhématome, hématome sousgaléale, hématome épidurale, hématome sousdurale,
- Fractures, luxations,
- Lésions neurologiques périphériques suite à un événement mécanique pathologique durant l'accouchement (tel que parésie du nerf facial après naissance au forceps, parésie du plexus par exemple après une dystocie de l'épaule),
- Torsion testiculaire (voir ch. 712/912),
- Pneumothorax.

Examens génétiques et mitochondriaux selon l'art. 13 LAI

1020.1 Lorsqu'un enfant présente des troubles indiquant une infirmité congénitale, que cette hypothèse est étayée par des examens cliniques et de laboratoire, mais que seuls des tests génétiques peuvent confirmer définitivement le diagnostic, l'AI peut prendre en charge, au 1/15

cas par cas et sur indication médicale, les frais des examens génétiques. Par contre, les consultations génétiques ne sont pas prises en charge par l'AI, sauf si elle les a prescrites elle-même.

- 1020.2
1/15
- L'AI peut prendre en charge au cas par cas les examens génétiques sur indication du médecin spécialiste même lorsque l'infirmité congénitale est déjà connue, si la confirmation définitive du diagnostic est nécessaire pour déterminer le traitement de l'enfant. Par contre, si l'atteinte à la santé clairement diagnostiquée ne peut pas être traitée et qu'elle ne présente qu'un intérêt académique pour le médecin traitant, l'AI ne prend pas en charge les examens génétiques pour une infirmité congénitale déjà connue (art. 3^{novies} al. 2 let. b RAI).

Hippothérapie

- 1021.1
- L'hippothérapie est une approche physiothérapeutique assistée par l'animal, qui fait appel à des chevaux spécialement formés. Elle est utilisée auprès de personnes de tous groupes d'âge atteintes de maladies du système nerveux central.
- 1021.2
1/22
- Pour la paralysie cérébrale infantile (ch. 390.3) et la trisomie 21 (ch. 489.5), l'hippothérapie est une méthode de traitement reconnue par l'AI. Chez les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans, elle peut également être prise en charge en cas de troubles neuromoteurs *acquis*, à condition que l'art. 12 LAI soit applicable.
- 1021.3
1/22
- L'hippothérapie doit être prescrite par un médecin. L'indication doit être justifiée par des troubles neurologiques ou neuropsychologiques objectifs, documentés par les résultats d'examen correspondants et ayant des répercussions sur l'acquisition de capacités ou d'habiletés. La demande doit mettre en évidence les objectifs du traitement.

-
- 1021.4
1/22 Le médecin qui prescrit l'hippothérapie doit documenter et justifier ses objectifs et contenus, son volume (fréquence et durée des séances) ainsi que la durée prévisible (horizon temporel) du traitement vis-à-vis de l'office AI (ch. 14).
- 1021.5
1/22 Une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée. Une garantie de prise en charge devrait généralement être délivrée pour deux ans au plus – et les mesures doivent autant que possible être coordonnées avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là (ch. 14).
- 1021.6
1/22 Les demandes de prolongation de l'hippothérapie doivent être fondées sur des examens médicaux détaillés effectués au fil de la thérapie, sur les répercussions sur la vie quotidienne et sur un rapport de traitement détaillé. Le plan de traitement doit être compréhensible et faire ressortir notamment les objectifs du traitement.
- 1021.7 S'agissant des prestations de l'AI et des qualifications du personnel, les remarques suivantes doivent être prises en considération :
- Pendant l'hippothérapie, en tant que forme spéciale de physiothérapie, le patient n'exerce, au contraire de l'équitation thérapeutique, aucune influence sur le cheval.
 - Les centres d'hippothérapie-K inscrits sur la liste du groupe suisse pour l'hippothérapie-K sont reconnus par l'AI. Cette liste est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://hippotherapie-k.org> > Hippotherapie-K > Therapiestellen (en allemand). Ces centres facturent les prestations fournies selon le tarif de physiothérapie.
- 1021.8 Toutes les autres formes de thérapie équestre, telles que l'équitation thérapeutique ou l'équitation pédagogique curative, ne constituent pas plus que par le passé des mesures médicales de l'AI au sens de l'art. 13 LAI ni des mesures médicales de réadaptation
-

de l'AI selon l'art. 12 LAI. Les coûts de ces thérapies ne sont pas pris en charge (voir ch. 1043).

Kératoplasties (greffes de la cornée)

1022 Voir ch. 661/861.2.

Vaccinations

1023 De manière générale, l'AI ne prend pas en charge les vaccinations, même lorsqu'on peut considérer qu'elles présentent un caractère « thérapeutique ».

1023.1 Au début de la saison du VRS, les frais du vaccin Syn-
1/22 nagis® sont pris en charge dans les cas suivants :

Chiffre 247 OIC-DFI

- Chez les enfants de moins de douze mois souffrant d'une dysplasie bronchopulmonaire ayant nécessité un traitement médical (oxygène, diurétiques, corticoïdes). Le Groupe interdisciplinaire composé de membres du Groupe d'infectiologie pédiatrique suisse (PIGS), du Groupe de travail suisse de pneumologie pédiatrique (SAPP) de la Société suisse de cardiologie pédiatrique (SSCP) et de la Société suisse de néonatalogie (SSN) recommande l'administration du vaccin uniquement chez les enfants souffrant d'une dysplasie bronchopulmonaire **sé-vère** selon la définition de Jobe et al. 2011³. En cas de non prise en compte de ces recommandations, le médecin traitant doit justifier le bienfondé de la vaccination Synagis®.

Chiffre 313 OIC-DFI

- Chez les enfants de moins de deux ans souffrant d'une malformation cardiaque non corrigée ayant une incidence sur l'hémodynamique et liée à des

³ Jobe AH, Bancalari E. Bronchopulmonary dysplasia. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163: 1723-9.

facteurs de risque (malformation cyanogène, forte hypertension pulmonaire découlant de la cardiopathie, insuffisance cardiaque manifeste). Uniquement sur prescription du pédiatre ou du cardiologue.

1023.2
1/22

Le vaccin Synagis® n'est actuellement pas autorisé par Swissmedic pour d'autres infirmités congénitales au sens de l'AI. L'utilisation du vaccin Synagis® par exemple en cas de malformations du diaphragme (chiffre 281 OIC-DFI), d'agénésies partielles ou hypoplasie des poumons (chiffre 243 OIC-DFI), d'immuno-déficiences congénitales (chiffre 326 OIC-DFI) ou d'autres infirmités congénitales au sens de l'AI est considérée comme une application « off-label » (OLU) et doit être examinée en conséquence (voir ch. 1214 ss).

1023.3
1/22

Les coûts ne sont remboursés que si l'AI a approuvé le vaccin préalablement.

Médecines complémentaires (acupuncture, homéopathie, etc.)

1024

Voir ch. 1212

Laminectomies

1025
1/17

La laminectomie effectuée dans un cas de hernie discale ainsi que la greffe osseuse qui la complète font partie du traitement de l'affection comme telle et ne sont par conséquent pas à la charge de l'AI (voir ch. 736/936.4 et 736/936.5 ; RCC 1963, p. 416 ; RCC 1969, p. 416 ; voir ATF 104 V 77).

Logopédie (thérapie de la légasthénie et de la dyscalculie, méthode verbo-tonale de Tomatis, utilisée pour l'apprentissage du langage)

1026

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) le 1^{er} janvier

2008, les mesures pédago-thérapeutiques sont à la charge des cantons. Elles comprennent notamment la pédagogie curative, tant scolaire que clinique, la logopédie, la psychomotricité, l'éducation précoce spécialisée ainsi que les mesures sociopédagogiques et la formation scolaire spéciale.

Pompe à lait, alimentation au lait maternel

- 1027
1/22
- Bien que de nombreuses préparations de lait en poudre de grande qualité soient disponibles, les nouveau-nés et les nourrissons doivent, de préférence et dans toute la mesure du possible, être nourris au lait maternel. Pour des groupes de patients et tableaux cliniques déterminés, il convient pour des raisons médicales de privilégier une alimentation au lait maternel. Concernant certaines infirmités congénitales (voir ch. 278, 282.2 et 494.6), mais aussi toutes les autres pour lesquelles on doit privilégier une alimentation au lait maternel pour des raisons médicales évidentes, l'AI contribue par conséquent aux frais de cette alimentation à titre forfaitaire (frais de location d'une pompe à lait, frais de transport). L'OFAS fixe ce forfait. Pour les conseils en allaitement, voir ch. 1041.

Musicothérapie

- 1028
1/17
- La musicothérapie ne représente pas une mesure médicale reconnue scientifiquement (RCC 1988, p. 487).

Opérations plastiques et reconstructives (art. 12 LAI) et cicatrices (art. 13 LAI)

- 1029.1
- Conformément à l'art. 12 LAI, les opérations plastiques peuvent être prises en charge en tant que mesures médicales de réadaptation de l'AI lorsqu'elles suppriment des séquelles relativement stabilisées (ch. 721/921 s.), qui auraient pour conséquence une diminution importante de la capacité de gain de l'assuré (invalidité, art. 8 LAI).

-
- 1029.2 Au préalable, l'existence d'un important préjudice médical doit être mise en évidence d'une manière appropriée (par ex. au moyen de photographies ou par la comparution personnelle de l'assuré devant l'office AI, ch. 33).
- 1029.3
1/17 Les opérations plastiques du sein ne constituent pas des mesures au sens de l'art. 12 LAI (RCC 1977, p. 124).
- 1029.4
1/22 Les opérations plastiques destinées à corriger des cicatrices consécutives à des interventions effectuées sous couvert des articles 12 LAI et 13 LAI sont à la charge de l'AI.

Mesures pédago-thérapeutiques

- 1030
1/22 Les mesures pédago-thérapeutiques (telles que l'éducation précoce, pédagogie curative) sont à la charge des cantons depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) du 1^{er} janvier 2008 (voir aussi ch. 1026).

Transplantations d'organes

- 1031.1
1/09 Les transplantations d'organes visent exclusivement le maintien de la vie et ne sont pas prises en charge par l'AI, sauf si elles contribuent au traitement d'une infirmité congénitale jusqu'aux 20 ans de l'assuré. La mesure doit cependant être scientifiquement reconnue (ch. 1218).
- 1031.2.1
1/22 Sont également pris en charge par l'AI dans le cadre de l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA les coûts de l'intervention que le donateur doit subir pour prélever l'organe servant à la greffe.
- 1031.2.2
7/20 L'AI prend en charge une indemnité pour la perte de gains totale du donneur vivant. Il ne s'agit pas ici d'une

indemnité journalière, le donneur n'est pas tenu de déposer une demande à l'AI.

- 1031.2.3
1/09 L'AI indemnise également le donneur de manière équitable pour les autres coûts qui lui incombent en lien avec le prélèvement, tels que les frais de déplacement, les frais liés à la vérification de son aptitude ainsi que les frais engagés pour les auxiliaires rémunérés auxquels il doit faire appel, notamment les aides ménagères ou les aides nécessaires à la prise en charge de personnes (art. 14 de la loi sur la transplantation, art. 12 de l'ordonnance sur la transplantation).
- 1031.2.4
1/09 Pour les transplantations liées à une infirmité congénitale, l'AI prend en charge, jusqu'aux 20 ans du receveur, les coûts du suivi à long terme de l'état de santé du donneur vivant.

Ostéosynthèses

- 1032 Les ostéosynthèses en cas de fracture, mais aussi de retard de consolidation ou de pseudarthrose, font partie du traitement de l'accident et ne sauraient représenter des mesures médicales de réadaptation de l'AI au sens de l'art. 12 LAI.

Ostéotomie, y compris ostéotomies correctrices

- 1033.1 En présence d'une importante inégalité de longueur des membres inférieurs consécutive à des troubles de croissance (en particulier des extrémités inférieures), l'ostéotomie dont le but est d'éliminer une telle inégalité peut être considérée comme une mesure médicale de réadaptation de l'AI au sens de l'art. 12 LAI (voir aussi ch. 1013). Tel ne peut toutefois être le cas que si aucune autre mesure plus simple (par ex. rehaussement du talon) ne permet d'atteindre le même but.
- 1033.2 Pour ce qui concerne les ostéotomies qui doivent améliorer les jambes en O (genua vara y compris

crura vara) et les jambes en X (genua valga), voir le ch. 738/938.3.

- 1033.3 Les ostéotomies correctrices ne constituent en règle générale pas des mesures médicales de réadaptation de l'AI au sens de l'art. 12 LAI (voir le ch. 733/933.1 ss).

Physiothérapie selon les art. 12 LAI et 13 LAI

- 1035.1
1/22 La physiothérapie peut viser à remédier à une diminution importante de la capacité de gain en tant que mesure médicale de réadaptation limitée dans le temps au sens de l'art. 12 LAI. Elle ne le devient que si, nettement séparée du traitement de l'affection primaire, elle s'adresse à des états pathologiques relativement stabilisés et vise directement la réadaptation professionnelle (voir ch. 60, 65).
- 1035.2
1/22 La physiothérapie dans le cadre des mesures médicales visées à l'art. 13 LAI doit être accordée conformément aux prescriptions du ch. 14. La physiothérapie dans le cadre des mesures médicales de réadaptation visées à l'art. 12 LAI doit être accordée conformément aux prescriptions du ch. 35 ss. Dans ce cas, pour la physiothérapie, la demande de prise en charge doit être effectuée de la même manière que pour les autres mesures médicales.
- 1035.3 La physiothérapie doit être prescrite par un médecin. L'indication doit être justifiée par des troubles neurologiques et moteurs objectifs, documentés par les résultats d'examen correspondants et ayant des répercussions sur l'amélioration ou le maintien de capacités ou d'habiletés. La demande doit mettre en évidence les objectifs du traitement.
- 1035.4 Le médecin qui prescrit la physiothérapie doit documenter et justifier ses objectifs et contenus, son volume (fréquence et durée des séances) ainsi que la

durée prévisible (horizon temporel) du traitement vis-à-vis de l'office AI (ch. 14).

- 1035.5 Une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée. Une garantie de prise en charge de physiothérapie en cas d'infirmité congénitale selon l'art. 13 LAI doit être accordée conformément aux prescriptions du ch. 14 et dans le cadre des mesures médicales de réadaptation visées à l'art. 12 LAI selon le ch. 35.2. Elles doivent être, dans la mesure du possible, coordonnées avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là (ch. 14).
- 1035.6 En cas de traitement à domicile, une justification doit être demandée au médecin qui prescrit la physiothérapie. Les coûts ne peuvent être pris en charge que si un motif médical en rapport direct avec l'affection reconnue par l'AI exige un traitement à domicile. Les frais supplémentaires pour un traitement à domicile découlant de facteurs étrangers à la maladie ne sont pas à la charge de l'AI.
- 1035.7
1/18 Les demandes de prolongation de la physiothérapie doivent être fondées sur des examens médicaux détaillés effectués au cours de l'évolution, sur les répercussions sur la vie quotidienne et sur un rapport de traitement détaillé. Le plan de traitement doit être compréhensible et faire ressortir notamment les objectifs du traitement.
- 1035.8 La physiothérapie appliquée dans le cadre du traitement des conséquences d'un accident ne constitue qu'une partie du traitement de l'accident lui-même et non une mesure médicale de réadaptation.
- 1035.9
1/22 En cas de maladies progressives du système nerveux central (sclérose en plaques, syringomyélie, etc.), la physiothérapie représente une partie du traitement de l'affection comme telle et n'est pas à la charge de l'AI.

1035.10
1/22 La natation physiothérapeutique ne peut être prise en charge que si elle est prodiguée par un spécialiste reconnu en physiothérapie. Les prescriptions applicables sont les mêmes que celles visées au ch. 1035.4.

1035.7 **Thérapie psychomotrice**

1036 La thérapie psychomotrice en tant que mesure pédagogique-thérapeutique n'est pas prise en charge par l'AI (art. 14, al. 3 LAI).

Psychothérapie

1037.1
1/22 La psychothérapie peut servir de mesure médicale de réadaptation limitée dans le temps pour traiter une diminution importante de la capacité de gain au sens de l'art. 12 LAI. Elle ne le devient que si elle se distingue clairement du plan de traitement de l'affection primaire et qu'elle vise directement la réadaptation professionnelle (voir ch. 60 et 65).

1037.2
1/18 L'AI prend en charge la psychothérapie comme mesure médicale dans le cadre de l'art. 13 LAI lorsque les troubles psychiques font partie des symptômes ou constituent une conséquence directe d'une autre infirmité congénitale (voir ch. 11).

1037.3 La psychothérapie dans le cadre des mesures médicales visées à l'art. 13 LAI doit être accordée conformément aux prescriptions du ch. 14. La psychothérapie dans le cadre des mesures médicales visées à l'art. 12 LAI doit être accordée conformément aux prescriptions du ch. 35.
En cas de troubles psychiques acquis, voir ch. 76 et 645-647/845-847.3 ss.

1037.4 La psychothérapie doit être prescrite par un médecin. L'indication doit être justifiée par des troubles objectifs, documentés par les résultats d'examen correspondants. La demande doit mettre en évidence les objectifs du traitement.

- 1037.5 Le médecin qui prescrit la psychothérapie doit documenter et justifier ses objectifs et contenus, son volume (fréquence et durée des séances) ainsi que la durée prévisible (horizon temporel) du traitement vis-à-vis de l'office AI (ch. 14).
- 1037.6 Une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée. Une garantie de prise en charge de psychothérapie en cas d'infirmité congénitale selon l'art. 13 LAI doit être accordée conformément aux prescriptions du ch. 14 et dans le cadre des mesures médicales de réadaptation visées à l'art. 12 LAI selon le ch. 35.2. Elles doivent être, dans la mesure du possible, coordonnées avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là (ch. 14).
- 1037.7 Les demandes de prolongation de la psychothérapie doivent être fondées sur des examens médicaux détaillés effectués au fil de la thérapie, sur les répercussions sur la vie quotidienne et sur un rapport de traitement détaillé. Le plan de traitement doit être compréhensible et faire ressortir notamment les objectifs du traitement.
- 1037.8 Lorsque, dans le cadre de la psychothérapie selon l'art 13 LAI, les parents ou les éducateurs doivent recevoir des conseils en dehors des séances de thérapie – donc hors de la présence de l'assuré – ces conseils sont également pris en charge par l'AI. Toutefois, ces séances ne doivent pas dépasser 20 % de l'ensemble de la thérapie (c.-à-d. une séance sur cinq). Les exceptions doivent être motivées.
- 1037.9 Les parents ont la possibilité d'être présents aux séances familiales de la prise en charge pédopsychiatrique de l'enfant selon l'art. 13 LAI. L'AI ne prend toutefois pas en charge séparément les coûts pour les parents. Sont pris en charge uniquement les coûts des mesures médicales de l'enfant dans le cadre du traitement pédopsychiatrique.

1037.10 Dans le cadre des traitements familiaux, l'AI prend uniquement en charge les coûts des mesures médicales, à savoir les séances de psychothérapie, d'ergothérapie ou de physiothérapie dispensées par des thérapeutes qualifiés, titulaires d'un diplôme de formation ou de perfectionnement reconnu en Suisse. En revanche, l'AI ne supporte pas les frais des prestations ayant trait à l'école spéciale ou à la pédagogie curative.

Sutures secondaires

1038 Les sutures secondaires de nerfs et de tendons, devenues nécessaires après une rupture accidentelle ou l'ablation d'une tumeur, forment un tout avec le traitement primaire et font ainsi partie du traitement de l'accident ou de la tumeur et ne constituent pas des mesures de réadaptation de l'AI (ch. 43 ss).

Spondylodèse

1039.1 Une opération d'enraidissement de la région sacrolombaire (effectuée entre le sacrum et la colonne lombaire inférieure) peut être considérée comme une mesure médicale de réadaptation.

1039.2 Lorsque les altérations dégénératives de la colonne vertébrale sont étendues, la spondylodèse fait partie du traitement de l'affection comme telle et ne représente pas une mesure médicale de réadaptation de l'AI.

Médicaments spéciaux

1040.1
7/16 Rapamycine (Rapamune® / Sirolimus) : l'onguent de Rapamycine pour le traitement d'angiofibromes du visage chez les patients atteints de sclérose tubéreuse (syndrome de Bourneville-Pringle) n'est pas pris en charge par l'AI, car l'effet à long terme de cette préparation n'est pas clair, et il n'existe pas encore de re-

commandation unanime quant au dosage et à la fréquence de l'application (absence de caution des experts, arrêt du TP 9C_648/2014 du 3.3.2015).

Diacomit® (Stiripentol)

1040.2
1/22

Diacomit® est indiqué comme adjuvant en association au valproate et au clobazam dans le traitement des convulsions tonico-cloniques généralisées réfractaires chez des patients atteints d'une épilepsie myoclonique sévère du nourrisson (EMSN, syndrome de Dravet, ch. 387 OIC-DFI) dont les convulsions sont insuffisamment contrôlées par l'association clobazam/valproate. L'AI prend en charge les coûts du Diacomit® (Stiripentol) lorsqu'il est utilisé selon l'indication autorisée, à savoir :

	Prix de fabrique	Prix public
250 mg gélules/sachets 60 pces	186,60 francs	230,60 francs
500 mg gélules/sachets 60 pces	373,20 francs	444,85 francs

1040.3
1/17

Depuis le 15 août 2014, le médicament Hemangioliol® est autorisé par Swissmedic pour le traitement des hémangiomes infantiles prolifératifs nécessitant un traitement systémique. Il figure dans la liste des médicaments orphelins (*orphan drugs*). En revanche, il ne figure pas dans la liste des spécialités (LS) et, en conséquence, son remboursement n'est pas obligatoire et l'opportunité doit en être examinée. Etant donné qu'Hemangioliol® est admis en tant que médicament important pour les maladies rares et qu'il est le médicament de premier choix pour le traitement des hémangiomes (ch. 311 OIC-DFI), et que de surcroît la sécurité et l'efficacité du produit sont prouvées, la prise en charge des coûts d'Hemangioliol® pour le traitement d'hémangiomes (ch. 311 OIC-DFI) selon les indications de Swissmedic est recommandée.

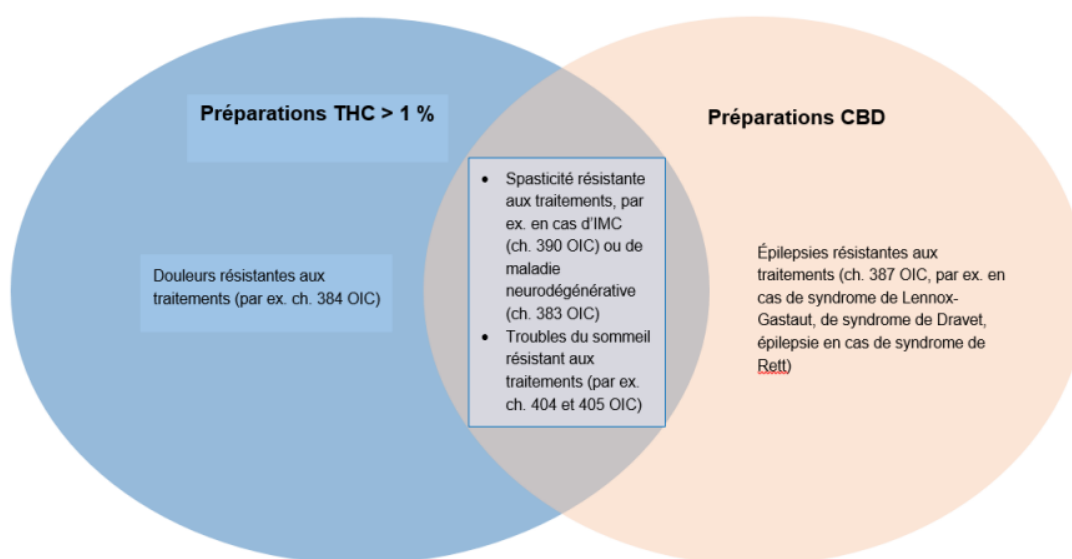
-
- 1040.4
1/22
- Circadin® (mélatonine) : en l'état actuel des connaissances, l'AI peut prendre en charge jusqu'à nouvel ordre la mélatonine (préparation magistrale) ou le Circadin® dans le contexte d'infirmités congénitales (art. 13 LAI) :
- si le trouble du sommeil a été analysé en détail (au moyen d'une anamnèse complète et, éventuellement, d'un agenda du sommeil) et qu'il persiste malgré des mesures d'hygiène et d'éducation du sommeil ;
 - notamment dans les cas de maladies neuro-dégénératives (par ex. ch. 383 OIC-DFI), d'épilepsies congénitales (ch. 387 OIC-DFI), de malformations cérébrales (ch. 381 OIC-DFI), de déficiences visuelles graves chez l'enfant entraînant un dérèglement de l'horloge interne (par ex. ch. 415 OIC-DFI), de sclérose cérébrale tubéreuse (ch. 487 OIC-DFI) ainsi que pour les ch. 404 et 405 OIC-DFI.
- Il faut noter qu'il s'agit là d'utilisations hors indication (*off-label-use*) et que les dossiers des assurés doivent être examinés au cas par cas par le SMR avant qu'une décision ne soit rendue.
Dans tous les autres cas, l'obligation de soumettre une demande conformément aux directives en vigueur (après examen et évaluation par le SMR) s'applique.
- 1040.5.1
1/22
- Préparations à base de cannabis, de cannabidiol (CBD) ou de THC :
- Tous les produits contenant du cannabis sous quelque forme que ce soit (fleurs, poudre, huile, etc.) sont considérés comme des médicaments à base de cannabis. Une distinction doit être opérée entre les préparations selon qu'elles contiennent du cannabidiol (CBD) ou du Δ -9-tétrahydrocannabinol (THC).
- 1040.5.2
1/22
- Les préparations contenant des cannabinoïdes suivantes sont actuellement disponibles en Suisse (voir tableau « Préparations à base de cannabis ») :
-

Tableau : Préparations à base de cannabis

Préparations à base de cannabis		
	THC > 1%	CBD (< 1% THC)
Soumis à ordonnance	Oui	Oui
Autorisation exceptionnelle de l'OFSP	Oui (à l'exception du Sativex®)	Non
	Produits: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sativex®</i> • <i>Dronabinol (magistral)</i> • <i>Huile de Cannabis</i> • <i>Huile de sativa</i> • <i>Teinture de cannabis</i> 	Produits: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Huile de CBD 2,5 %</i> • <i>Teinture de CBD</i> • <i>Epidyolex®</i>

1040.5.3
1/22

Sur la base des connaissances actuelles⁴, selon lesquelles l'efficacité des produits à base de cannabis pour le traitement de douleurs chroniques, de la spasticité et de l'épilepsie résistante aux traitements peut être considérée comme probable (l'effet a été démontré avec des preuves modérées), les préparations énumérées dans le tableau peuvent être prises en charge par l'AI de la façon suivante :



1040.5.4
1/22

Il s'agit toujours d'utilisations hors indication (*off-label use*), raison pour laquelle le SMR contrôle les dossiers des assurés au cas par cas avant de rendre une décision.

1040.5.5
1/22

Dans les autres cas, l'obligation de soumettre une demande conformément aux directives en vigueur (après examen et évaluation par le SMR) s'applique.

⁴ Whiting PF, Wolff RF et al. *Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA. 2015 Jun 23-30; 313(24): 2456-73.

Conseils en allaitement

- 1041
1/09
- Les conseils en allaitement (non médicaux) font partie des prestations qui incombent à l'assurance obligatoire des soins en cas de maternité. Selon la commission spécialisée pour les questions de réadaptation médicale de l'AI, les conseillères en allaitement ne sont pas assimilées à des auxiliaires médicales au sens de l'art. 26^{bis} LAI (VSI 2003, p. 214 ; voir ATF 136 V 209).

Sympathectomie

- 1042
- La résection de parties du système nerveux végétatif ne peut pas constituer une mesure de l'AI, car elle vise toujours un état pathologique labile, qu'il s'agisse de troubles circulatoires périphériques ou d'une causalgie.

Équitation thérapeutique, y compris équitation pédagogique curative, poneythérapie, etc.

- 1043
1/22
- Le terme générique d'équitation thérapeutique recouvre différents types de traitements (comme l'équitation pédagogique curative), dans le cadre desquels un thérapeute équestre met en œuvre des mesures pédagogiques, psychologiques, psychothérapeutiques, de réadaptation et d'intégration sociale. Ces mesures s'adressent aux enfants, aux adolescents ou aux adultes atteints de troubles du développement physique, psychique et social ou affectés de handicaps physiques. L'équitation thérapeutique constitue une mesure pédo-thérapeutique, qui n'est pas reconnue comme une mesure médicale au sens de l'art. 14 LAI. Les coûts de ces types de traitements ne sont pas pris en charge par l'AI. Il convient de distinguer l'équitation thérapeutique et ses différentes formes de l'hippothérapie (voir ch. 1021).

Tympanoplastie

1044
1/03

Dans de rares cas, une tympanoplastie indépendante peut être exécutée en tant que mesure de réadaptation de l'AI, lorsqu'il n'existe aucun lien temporel ou objectif avec une maladie ou un accident et que la mesure est indiquée pour améliorer d'une manière importante l'ouïe et de ce fait la capacité de gain de l'assuré conformément à l'art. 12 LAI.

4e partie :

4.1 Étendue et application des mesures

1200
1/22

En vertu de l'art. 14, al. 1, LAI, les mesures médicales de l'AI englobent :

- a. les traitements et examens liés à ces traitements qui sont dispensés sous forme ambulatoire ou stationnaire ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par :
 1. des médecins,
 2. des chiropraticiens,
 3. un auxiliaire paramédical au sens du ch. 1202 qui, sur instruction ou mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien, fournit des prestations médicales (art. 14, al. 1, let a, ch. 3) ;
- les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou par un chiropraticien ;
- les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin ;
- le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune ;
- les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. c ;
- les frais de transport médicalement nécessaires.

4.2 Traitement par des médecins ou des auxiliaires paramédicaux

1201

Sont habilités à appliquer les mesures médicales de l'AI :

- les médecins et dentistes titulaires d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme étranger équivalent reconnu par la FMH/SSO,
- les personnes autorisées par un canton à pratiquer l'art médical en vertu d'un certificat de capacité

scientifique, mais seulement pour les actes médicaux accomplis dans les limites des compétences reconnues par l'autorisation cantonale,

- les chiropraticiens (selon l'art. 44 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie).

- 1202 Les membres du personnel paramédical titulaires d'un diplôme reconnu en soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, conseils nutritionnels ou psychothérapie, qui exercent leur profession conformément aux prescriptions cantonales sont également autorisés à appliquer des mesures médicales, mais uniquement sur l'ordre d'un médecin.
- 1203
3/12 Si le traitement est confié à un *auxiliaire paramédical établi à son compte*, le médecin qui surveille l'application de la mesure en question doit établir une ordonnance écrite, précisant le début, la durée, le genre et l'étendue de la mesure à appliquer et indiquant que la mesure prescrite concerne des prestations de l'AI. Au cas où les soins sont donnés par des *auxiliaires médicaux qui ne sont pas établis à leur compte*, le médecin qui prescrit la mesure médicale est responsable de son exécution correcte.
- 1204 Dans chaque cas, l'office AI doit s'assurer que l'auxiliaire paramédical proposé dispose d'une autorisation de pratiquer délivrée par l'autorité cantonale.

4.3 Remise de médicaments, de moyens et appareils, et réalisation d'analyses

- 1205
1/18 La liste des moyens et appareils (LiMA, annexe 2 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS]) est également applicable dans le cadre des mesures médicales visées aux art. 12 LAI et 13 LAI. Cette règle s'applique en particulier aux moyens et appareils qui ne peuvent être classés dans l'AI ni

comme moyens auxiliaires ni comme appareils de traitement. Les limitations éventuelles fixées dans la LiMA s'appliquent également dans l'AI.

- 1206
1/18 L'assurance rembourse les analyses, les médicaments et les spécialités pharmaceutiques qui, du point de vue scientifique, ont fait leurs preuves et qui permettent d'obtenir le succès de la réadaptation de manière simple et adéquate.
- 1207
1/18 En ce qui concerne les listes qui font foi pour la caisse-maladie (la liste des médicaments avec tarif (LMT), la liste des spécialités (LS), la liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales (LS IC) ainsi que la liste des analyses (LA), les conditions précitées sont réputées remplies.
- 1209
1/05 La remise des médicaments et les analyses doivent faire l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin diplômé qui comportera le nom de la personne concernée, son numéro AVS/AI et la mention « concerne l'AI ».
- 1210
1/05 L'AI ne prend pas en charge, même prescrits par un médecin, les produits alimentaires, les vins fortifiants et élixirs, les spiritueux, les eaux minérales, les préparations de levure fraîche, les cosmétiques et produits similaires (exception : voir liste des produits diététiques).
- 1211
1/05 Concernant les limitations quantitatives relatives à la remise de médicaments figurant dans la LS et à la LS IC, les règles suivantes sont applicables dans l'AI :
1. Les *limitations quantitatives* (limitation de la taille de l'emballage ou du nombre de points pour un certain produit ou pour un groupe de produits) ne sont pas à prendre en considération.
 2. Il faut faire attention aux limitations de certaines indications en règle générale.

3. Les *garanties particulières de prise en charge des coûts* prévues dans des cas isolés par la LS ne sont pas requises dans l'AI.

1212
3/12 L'assurance-invalidité prend à sa charge, dès le 1^{er} août 2017, les traitements de médecine complémentaire suivants aux mêmes conditions que celles définies dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) : acupuncture, médecine anthroposophique, médecine traditionnelle chinoise (MTC), homéopathie classique, phytothérapie et thérapie neurale selon Huneke.

1213
3/12 Pour que l'AI prenne les coûts en charge, il faut que la thérapie de médecine complémentaire demandée soit acceptée par l'AOS resp. par l'OPAS et qu'elle soit effectuée par des médecins ayant suivi une formation postgraduée complémentaire dans la spécialité en question, définie dans l'OPAS, et reconnue par la société médicale correspondante.

4.3.1. Prise en charge de médicaments dans les cas individuels (demandes Off-label-Use[OLU])

4.3.1.1 Principes

1214.1
1/22 Il est possible qu'un médicament qui n'est pas autorisé en Suisse et qui ne figure pas dans la LS ou la LS-IC ou qui est utilisé en dehors de l'indication autorisée ou de la limitation de la LS ou de la LS-IC soit remboursé à titre exceptionnel, pour autant que les conditions de remboursement dans les cas individuels soient remplies.

1214.2
1/22 Pour le remboursement des médicaments dans des cas individuels - demandes OLU - les dispositions d'exécution de la LAMal sur le remboursement des médicaments dans des cas individuels s'appliquent en substance (art. 14^{ter}, al. 3 LAI en lien avec l'art. 3^{decies} RAI). Ainsi, les mêmes règles sont appliquées dans le

domaine de la LAI que dans celui de la LAMal (art. 71a à 71d LAMal).

1214.3
1/18

L'examen des dossiers est soumis aux conditions des art. 71a, al. 1, OAMal (pour l'usage hors étiquette ou hors limitation), 71b OAMal (pour les médicaments hors liste), 71c OAMal (pour le *unlicensed use*) et 71d OAMal, à savoir :

- l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé ;
- le rapport entre la somme à rembourser et le bénéfice thérapeutique du médicament doit être adéquat.

1214.4
1/22

Sont considérées comme maladies mortelles pour l'assuré ou susceptibles d'entraîner des atteintes graves et chroniques à sa santé toutes les infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI. Les critères mentionnés à l'article 71a, al. 1, let. b, OAMal sont donc généralement considérés comme remplis pour toutes les infirmités congénitales au sens de l'article 13 IVG et ne sont pas examinés plus avant.

1214.5
1/22

Dans le cas des médicaments qui ne sont autorisés que pour les adultes, l'examen de la prise en charge dans les cas individuels porte principalement sur la question de la sécurité du médicament chez les enfants.

4.3.1.2. Procédure

1215.1
1/22

Pour le remboursement des médicaments dans des cas individuels, le médecin requérant doit remplir le formulaire de demande "Demande de prise en charge des coûts des médicaments à usage non conforme par l'AI" (voir annexe 5 / page Internet).

- 1215.2
1/22
- Pour l'évaluation du bénéfice des médicaments OLU, il faut généralement utiliser le modèle d'évaluation "OLUtool NonOnko" ou "OLUtool Onko" de la Société suisse des médecins-conseils et assureurs (<https://www.vertrauensaerzte.ch/expertcom/71kvv/up-dmay18/>). Il faut tenir compte à la fois des études cliniques disponibles dans la littérature (également pour les maladies rares) et du cas individuel lui-même. Au moyen de cet outil, le bénéfice clinique ou la catégorie de bénéfice (A à D) est déterminé dans un premier temps via une notation de l'étude (détermination du score et affinement avec des points de bonus ou de malus). Dans un deuxième temps, la situation individuelle du patient est évaluée et, si nécessaire, l'évaluation est ajusté. Les termes utilisés pour l'évaluation des avantages peuvent être trouvés sous le lien suivant : SGV - Glossaire des termes importants dans les études oncologiques (www.vertrauensaerzte.ch/expertcom/oluoncology/glossar.html).
- 1215.3
1/22
- Toutes les demandes doivent être évaluées au cas par cas par le SMR responsable. La liste interne avec toutes les recommandations précédentes sert d'aide au travail ou à la prise de décision. Sur cette liste interne, les demandes qui sont soumises régulièrement sont spécialement marquées.
- 1215.4
1/22
- Les dossiers de médicaments utilisés hors étiquette⁵ ou hors limitation⁶, de médicaments hors liste⁷ ainsi que de préparations importantes en unlicensed use⁸ doivent être remis à l'OFAS après avoir été examinés

⁵ Art. 71a, al. 1, OAMal : le médicament est admis en Suisse, mais il est utilisé pour une autre indication (ou un autre dosage, etc.) que celle autorisée par Swissmedic.

⁶ Art. 71a, al. 1, OAMal : le médicament est admis dans la LS et est assorti d'une limitation, mais il est utilisé pour une autre indication que celle prévue par cette limitation.

⁷ Art. 71b, al. 1, OAMal : le médicament utilisé est admis en Suisse, mais il ne figure pas dans la LS ; il est utilisé pour les indications mentionnées sur la notice de Swissmedic ou en dehors de celles-ci.

⁸ Unlicensed use : le médicament utilisé n'est pas encore autorisé en Suisse ou ne l'est plus, mais peut être importé comme médicament prêt à l'emploi d'un pays dans lequel il est déjà autorisé pour l'indication correspondante (définition tirée des « Instructions concernant la liste des spécialités (LS) » du 1.9.2011 (version du 1.3.2013).

par le SMR. L'OFAS détermine le montant de la rémunération correspondant à l'utilité, en accord avec le titulaire de l'autorisation et rédige une recommandation concernant l'acceptation ou le refus du remboursement du médicament à l'attention de l'office AI.

1215.5
1/22

L'OFAS dresse une liste de toutes les recommandations émises. Les paramètres suivants sont enregistrés sur cette liste :

- Chiffres OIC-DFI,
- Diagnostic/indication,
- Recommandation à l'attention l'office AI,
- Les prix éventuellement fixés (en fonction de l'accord de confidentialité avec le titulaire de l'autorisation, il peut aussi être seulement indiqué qu'un modèle de prix existe).

1215.6
1/22

Sont exemptés de l'obligation de soumission à l'OFAS:
- L'évaluation des demandes d'OLU pour les médicaments dont le coût annuel est de 5'000 CHF maximum.

Toutes les décisions destinées à être rejetées doivent être soumises à l'OFAS.

1215.7
1/22

Afin d'assurer l'égalité de traitement, les offices AI sont toutefois tenus de répertorier toutes les décisions concernant les OLU qui relèvent de leur compétence et qui n'ont pas été soumises à l'OFAS et de les envoyer à l'OFAS chaque année au 31 décembre. L'OFAS communique aux offices AI les éléments qui doivent figurer sur cette liste.

4.4 Appareils de traitement

1216
1/18

Si des appareils de traitement sont requis pour l'application de mesures médicales accordées par l'AI (par ex. inhalateurs ; lunettes lors d'infirmités congénitales de la réfraction ; nébuliseurs, appareils à distiller et coussins de caoutchouc mousse en cas de mucoviscidose ; balles médicinales et tapis pour les enfants

IMC ainsi que, pour les cas sévères de troubles moteurs comme les paralysies cérébrales, Haverich à trois roues), les frais qui en résultent sont à la charge de l'AI dans le cadre des art. 12 LAI et 13 LAI.

1217
1/03 Les objets qui sont placés à l'intérieur du corps sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement médical et sont pris en charge par l'AI dans les limites des conventions tarifaires existantes, pour autant que le traitement médical en question soit lui-même considéré comme une mesure médicale de réadaptation au sens des art. 12 et 13 LAI.

1218
1/05 Les appareils de traitement sont remis sur ordonnance médicale ; il faut, le cas échéant, se procurer un devis visé par le médecin. Ces appareils doivent être d'un modèle simple et adéquat. S'il est possible et admissible de réutiliser ultérieurement un tel appareil, il sera remis sous forme de prêt. Les appareils qui ne seront vraisemblablement utilisés que pendant un temps limité doivent être loués dans la mesure du possible. Les dispositions concernant la remise de moyens auxiliaires sont applicables par analogie (par ex. propriété, modèle plus cher que le modèle courant, location, utilisation ultérieure, etc.). Les appareils de respiration doivent être loués auprès d'une ligue cantonale contre la tuberculose et les maladies respiratoires. Lorsque la durée de l'utilisation sera certainement égale à trois ans ou plus, les appareils peuvent être remis en propriété.

4.5 Efficacité, adéquation et économicité de la méthode de traitement

1219
1/22 Les mesures médicales de l'AI doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 14, al. 1, LAI). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques, c'est-à-dire que l'utilité et le rapport bénéfices/risques ont été prouvés de façon reproductible

dans le cadre d'études cliniques. Dans le cas des maladies rares, la fréquence de l'apparition d'une maladie est alors prise en compte. En revanche, dans le cas de mesures médicales de réadaptation, voir ch. 33.2.ss.

4.6 Traitement dans un établissement hospitalier

- 1220.1 Est considérée comme traitement dans un hôpital (hospitalisation) la mesure médicale appliquée par un médecin, par un auxiliaire paramédical ainsi que par le personnel soignant suffisamment formé dans cette spécialité, dans une institution équipée des installations médicales requises et pour une durée en règle générale supérieure à 24 heures (voir ch. 1232).
- 1220.2 Pour décider si le traitement aura lieu à domicile ou à l'hôpital, l'assurance tiendra équitablement compte des propositions du médecin traitant et des conditions personnelles de l'assuré (art. 14, al. 4, LAI). Les conditions personnelles ne sont pas déterminantes.
- 1220.3
1/17 La prise en charge des frais de séjour dans un hôpital ou une clinique de réadaptation (nouveau) n'entre pas en considération si le traitement en lui-même peut tout aussi bien être appliqué sur le mode ambulatoire. Les soins de base journaliers ne représentent pas une mesure de traitement car ils ne revêtent pas un caractère thérapeutique (ATF 136 V 209 ss).
- 1220.4
1/03 Si le séjour en hôpital ou en clinique de réadaptation (nouveau) vise l'application simultanée de mesures médicales et d'autres mesures de l'assurance-invalidité (par ex. les soins à un assuré impotent), l'AI n'assume les frais d'hospitalisation conformes au tarif, et de façon exclusive, que si les mesures médicales, quand bien même elles ne représentent qu'une partie des mesures, ne peuvent être appliquées que dans un tel établissement.

Exemples :

Un enfant gravement impotent, qui a besoin de façon permanente de mesures ne pouvant être exécutées qu'en milieu hospitalier (par ex. perfusion intraveineuse), a droit à la prise en charge de la totalité des frais d'hospitalisation.

Un assuré infirme moteur cérébral, qui séjourne dans un hôpital pour enfants et qui, à côté d'un enseignement scolaire complet, suit une physiothérapie de 40 minutes par jour, a uniquement droit au traitement de physiothérapie remboursable au titre de mesure ambulatoire.

- 1220.5 Lorsque, dans le cadre du traitement médical, les parents exercent la fonction d'auxiliaires paramédicaux et se trouvent momentanément empêchés de donner des soins pour des raisons valables (par ex. maladie, décharge prescrite par le médecin), l'AI peut prendre en charge les frais d'un traitement ambulatoire ou hospitalier temporaire nécessaire. La prise en charge de tels frais est toutefois exclue lorsque les soins donnés par les parents se limitent à l'assistance et à la surveillance habituelle adaptée à l'âge de l'enfant.
- 1220.6 Si, lors du traitement d'une affection en tant que telle, on traite simultanément une autre infirmité (par ex. une infirmité congénitale), l'obligation à prestations de l'AI est déterminée par la partie prépondérante du traitement, qui en règle générale a aussi conduit à l'indication de ce traitement.
- Exemple : Un enfant naît dans un hôpital et passe ensuite quelques jours dans le service de maternité jusqu'à ce qu'il rentre à la maison avec sa mère. En période prénatale, une dysplasie rénale (chiffre 342 OIC-DFI) a été suspectée. Une échographie abdominale réalisée le troisième jour de vie a confirmé les résultats. Elle doit être contrôlée dans la suite du traitement, mais ne nécessite pas de mesures supplémentaires pendant l'hospitalisation actuelle. L'hospitalisation n'est pas à la charge de l'AI, même si une infirmité*

congénitale au sens de l'AI a été diagnostiquée. Dans ce cas, l'hospitalisation est due à l'accouchement. L'accent est mis sur les soins normaux à apporter à un nouveau-né et à sa mère, comme ce serait le cas même sans l'infirmité congénitale.

- 1220.7 Une répartition des frais dans le temps est éventuellement possible, l'AI prenant par exemple en charge les frais de traitement de l'infirmité congénitale à partir du moment où le traitement d'une maladie non classée comme infirmité congénitale s'est achevé ou lorsqu'il n'a plus joué qu'un rôle secondaire.
- 1220.8 Lorsque le traitement d'une maladie ou d'un accident se trouve aggravé ou prolongé en raison d'une infirmité congénitale, les éventuels frais supplémentaires ne sont pas à la charge de l'AI (voir cependant aussi le ch. 13). La question de la compétence doit être tranchée en fonction de la mesure médicale en question. En cas de traitement médical d'une maladie ou d'un accident et non (directement) de l'infirmité congénitale, l'AI n'est pas tenue de fournir des prestations.
- 1220.9 Si l'assuré a besoin d'un traitement intensif, appliqué sous surveillance médicale et impossible à entreprendre ambulatoirement à partir de son lieu de domicile, et qu'il séjourne ailleurs que dans un hôpital ou une clinique de réadaptation, par exemple dans un hôtel ou une « maison des parents » rattachée à l'hôpital, l'assurance rembourse les frais de logement et de pension, mais au maximum jusqu'à concurrence du viatique prévu à l'art. 90, al. 4, RAI. Les frais d'un accompagnateur ne sont pas remboursés. En ce qui concerne les frais de traitement, voir ch. 1009.
- 1220.10 En cas de séjour dans un hôpital ou une clinique de réadaptation, l'AI ne prend généralement en charge que les frais de traitement conformes au tarif appliqué en *division commune*. Les frais de séjour des accompagnateurs ne sont en aucun cas pris en charge. Si le traitement est appliqué en division privée, l'assuré n'a

droit qu'au remboursement des frais au tarif de la division commune.

- 1220.11 Si, pour des raisons liées à son exploitation (par ex. absence de chambres d'isolement en division commune), l'établissement hospitalier ne peut pas effectuer le traitement en division commune, les frais supplémentaires qui en résultent ne sont à la charge ni de l'AI, ni de l'assuré.
- 1220.12 S'il existe une convention tarifaire conclue avec un hôpital ou une clinique de réadaptation et qu'elle ne contient aucune disposition contraire, il faut admettre que ledit établissement dispose d'une division commune.
- 1220.13 Si l'hospitalisation de l'assuré est prévue dans une institution qui n'a pas conclu de convention tarifaire et qu'il n'est pas certain que le séjour soit considéré comme un séjour en division commune, il faut se renseigner avant de prendre une décision. En cas de doute, le dossier doit être soumis à l'OFAS pour préavis.
- 1220.14 En ce qui concerne le droit de l'assuré à une contribution aux frais de nourriture et de logis en cas de mesures d'instruction ou de réadaptation d'une durée supérieure à 90 jours, voir la CSI.

4.7 Traitement ambulatoire

- 1221.1 Un traitement médical ambulatoire dans un hôpital ou une clinique de réadaptation est réputé exister si la personne assurée passe la nuit avant et après la mesure à son domicile (voir ch.°1220.1).

4.8 Traitement à domicile

- 1221.1
1/22 Le traitement à domicile (comme la physiothérapie au lieu de résidence de l'assuré ou l'utilisation de Spitex) doit être prescrit par un médecin. L'ordonnance doit contenir une raison médicalement pertinente justifiant

la nécessité du traitement au lieu de résidence. Des raisons pratiques telles que l'absence de moyen de transport vers un lieu d'exécution approprié ou des problèmes d'organisation familiale sont sans rapport avec la maladie et ne suffisent pas à justifier la prise en charge des frais de traitement à domicile.

- 1221.2
3/12 Si des mesures médicales sont appliquées sur le mode ambulatoire, l'AI rembourse, outre les frais de traitement et de médicaments, les frais de personnel soignant, si ce personnel est nécessaire pour assurer les soins à domicile qui font partie des mesures médicales de l'AI. La nourriture parentérale à domicile (NPD) peut être prise en charge (voir ch. 23.4, tableau point 2. Mesures d'examen et de traitement 1 ; lettre circulaire AI n° 308 « Soins pédiatriques à domicile d'après l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 14 LAI »).
- 1221.3 Si l'assuré a besoin de prestations de soins fournies par des tiers à l'endroit même où s'effectue le traitement (par ex. dans un cabinet médical), cette prestation fait partie de la mesure médicale comme telle et ne peut être facturée à part.

4.9 Application des mesures médicales à l'étranger

4.9.1 Conditions préalables

- 1222.1 Les mesures médicales destinées aux assurés domiciliés en Suisse doivent être appliquées en Suisse et ne peuvent l'être à l'étranger que dans des cas exceptionnels. Restent réservées les mesures destinées aux citoyens suisses assurés à l'AI et domiciliés à l'étranger et les étrangers affiliés volontairement à l'AI ainsi que les conventions internationales particulières.

-
- 1222.2 L'octroi de prestations de l'assurance à l'étranger est exceptionnellement pris en considération (art. 23^{bis} RAI) :
- 1222.3 – s'il n'existe en Suisse aucun établissement de traitement adéquat ou aucun médecin spécialiste, en raison de la particularité ou de la rareté des mesures ;
- 1222.4 – si les mesures médicales s'imposent d'urgence à l'occasion d'un séjour temporaire de l'assuré à l'étranger. Cependant, aucune raison médicale ne doit s'opposer à un tel séjour à l'étranger. Les mesures médicales de réadaptation fondées sur l'art. 12 LAI (ch. 30 ss) ne constituent jamais des traitements d'urgence, puisqu'elles s'adressent à un état terminal et stabilisé ;
- 1222.5 – si *des raisons d'importance* plaident pour l'application des mesures médicales à l'étranger. Il en va ainsi en particulier lorsque la poursuite ou l'achèvement du traitement entrepris par le même médecin n'est possible qu'à l'étranger, ou lors d'un séjour professionnel ou de formation (par ex. apprentissage de la langue, « année d'échange ») prolongé à l'étranger.
- 1222.6 Les mesures médicales de réadaptation effectuées à l'étranger doivent être efficaces, appropriées et économiques, et reconnues par le milieu scientifique en Suisse (art. 23^{bis}, al. 1, RAI).

4.9.2 Étendue des prestations de l'assurance

4.9.2.1 Frais de traitement

- 1223 Pour les mesures non disponibles en Suisse (ch. 1236 ss) et les interventions d'urgence au sens de l'art. 23^{bis}, al. 2, l'AI assume en principe la couverture complète des coûts.

-
- 1224 Dans les cas relevant du ch. 1222.5, les prestations de l'AI se limitent aux frais qui découleraient du traitement s'il était appliqué dans la division commune de l'hôpital cantonal le plus proche et, pour les interventions difficiles, de la clinique universitaire (resp. un hôpital pédiatrique comparable) la plus proche. En ce qui concerne les traitements ambulatoires, il faut appliquer comme limite supérieure les tarifs en vigueur en Suisse.

4.9.2.2 Frais de transport, y compris le via-tique

- 1225 Les frais des transports nécessaires, effectués à l'aide d'un moyen de transport adapté à l'état de l'assuré, doivent être remboursés. Lors d'interventions d'urgence, une participation équitable aux frais du voyage de retour en Suisse peut être accordée puisque celui-ci aurait de toute façon eu lieu.
- 1226 Dans les cas relevant du ch. 1222.5, ne peuvent être remboursés que les frais nécessaires correspondant aux frais qu'aurait entraîné l'application du même traitement dans l'établissement hospitalier le plus proche en Suisse.
- 1227 Le montant de l'indemnisation des frais de transport ainsi que des frais d'un éventuel séjour de membres de la famille est déterminé par l'OFAS sur proposition de l'office AI, suivant les circonstances du cas d'espèce. Les frais de transport et de séjour sont en règle générale indemnisés d'après l'art. 90, al. 4, RAI.

4.9.2.3 Justificatifs et établissement des frais

- 1228 Il incombe aux assurés de se procurer tous les documents nécessaires à la détermination des prestations de l'AI, tels que certificats, rapports, factures détaillées, etc., et de les faire parvenir à l'office AI.

1229 Les différents postes de frais (hôpital, traitement ambulatoire, transports, viatique) doivent être calculés séparément. Un remboursement supérieur au total des frais attestés pour chaque partie est exclu.

Exemple :

Une assurée, dont le domicile légal est à Thalwil, a été soignée à l'Hôpital universitaire de Zurich pour une hydrocéphalie interne (ch. 386 OIC-DFI). Le drainage de Spitz-Holter doit être changé et le médecin qui a mis en place ce drainage travaille actuellement aux Etats-Unis. Les parents de l'assurée désirent instamment que la deuxième opération soit exécutée par le même opérateur. L'AI peut rembourser les frais de la poursuite du traitement de la façon suivante :

1. pour le séjour hospitalier aux Etats-Unis, le tarif forfaitaire journalier de l'Hôpital universitaire de Zurich,
2. les frais de consultations ambulatoires éventuelles avant et après l'hospitalisation,
3. les frais de voyage dans la même mesure que si cette intervention avait été pratiquée en Suisse.

4.10 Frais de transport par hélicoptère

1230.1 L'AI peut prendre en charge les frais de transport par
3/12 hélicoptère dans les situations suivantes :

- lorsque, en relation avec un traitement pris en charge par l'AI, il est nécessaire de déplacer l'assuré d'un hôpital périphérique dans un centre hospitalier et que le transport en ambulance s'avère impossible pour des raisons médicales ;
- lorsqu'il y a danger de mort ou qu'il est primordial, en raison d'un risque de lésions cérébrales irréversibles, que le temps de transport soit le plus court possible et qu'il est certain que l'hélicoptère est le moyen de transport le plus rapide ;
- pour les nouveau-nés, un voyage de plus d'une demi-heure par la route est, en règle générale, trop contraignant ; l'utilisation d'un hélicoptère est donc

ici justifiée. En revanche, l'ambulance doit être utilisée si la durée du transport pour le nouveau-né entre les deux hôpitaux doit probablement durer une demi-heure au maximum. Les exceptions doivent être motivées ;

- dans les cas de retransfert d'un centre hospitalier vers un hôpital périphérique (« transferts à proximité du domicile » notamment), l'AI ne prend généralement en charge que les frais de transport en ambulance en l'absence de caractère d'urgence. Les exceptions doivent être motivées.

1230.2
3/12 Le transport en hélicoptère doit être motivé auprès de l'AI : raison du transport, déroulement et mesures exécutées jusqu'à la demande de transport. L'impossibilité d'utiliser un autre moyen de transport doit être attestée par une justification médicale claire.

1230.3
3/12 L'AI ne prend pas en charge les coûts du « co-transfert » d'un jumeau (jumeau, triplé, etc.) qui ne souffre pas de troubles « graves » au sens de l'AI, ni ceux du transfert de la mère depuis l'hôpital de naissance vers la clinique/le service gynécologique de l'hôpital où le traitement de l'enfant est poursuivi.

5^e partie :

Dispositions finales et transitoires

La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Elle s'applique à toutes les demandes de prestations qui, à cette date, n'ont pas encore fait l'objet d'une décision.

Annexe 1

Liste des produits diététiques et médicaments autorisés en cas de maladies métaboliques congénitales au sens de l'OIC

A) Liste des produits diététiques en cas de maladies métaboliques : troubles congénitaux du métabolisme des glucides et des acides gras

L'administration des produits doit être médicalement justifiée et prescrite par un médecin. La prescription doit mentionner la dose et la durée du traitement, et être périodiquement contrôlée.

<i>Maladie</i>	<i>Caractéristiques des produits</i>	<i>Produits Milupa Metabolics / Nutricia</i>	<i>Produits SHS / Nutricia</i>	<i>Produits MetaX / Streuli / Vitaflo / Nestlé / DEKAsvitamins.com) / Dr. G. Bichsel AG</i>
Galactosémie	Lait maternisé sans galactose	Aptamil Pregomin AS Basic-ch	Neocate	Alfamino (Nestlé)
Glycogénose I, III, VI, IX	Lait maternisé sans lactose Glucides rapidement disponibles pour l'organisme Glucides complexes à assimilation lente	Aptamil Pregomin AS (Milupa)	Neocate Maltodextrine, Fantomalt	AL 110 (Nestlé); Glycosade (Vitaflo); Glycosade Lemon (Vitaflo); Maizena
MCAD	Glucides rapidement disponibles pour l'organisme		Maltodextrine Fantomalt	
Autres troubles du métabolisme lipidique	Lait pour un nouveau-né exempt de graisse Lait pour un nouveau-né avec MCT gras MCT-gras	basic-f	Monogen Liquigen	MCT procal (Vitaflo); KANSO MCT ÖI 100% (Dr. Bichsel AG) Kanso Lipano (Dr. Bichsel AG)
Carence en pyruvate déshydrogénase Déficit en transporteur de glucose de type 1 Epilepsie	Sans glucides Pauvre en glucides et riche en graisse	basic-ch	Liquigen, Maltodextrine Ketocal 3:1, Calogen Kedocal advance 4:1	MCT procal (Vitaflo); KANSO MCT ÖI 100% (Dr. G. Bichsel AG) Kanso MCT Ketobiota (Dr. G. Bichsel AG)

Maladie	Caractéristiques des produits	Produits Milupa Metabolics / Nutricia	Produits SHS / Nutricia	Produits MetaX / Streuli / Vitaflo / Nestlé // DEKAsvitamins.com) / Dr. G. Bichsel AG
Troubles du métabolisme calcique	Pauvre en calcium et sans vitamine D	basic-CaD		
Fibrose cystique	Riche en énergie, vitamines A, D et E et sodium aussi bien que all-in-one multi-vitamines solubles dans les graisses (A, D, E, K et d'autres micronutriments)	Cystilac	Maltodextrine, Liquigen, Calogen	DEKAsPlus capsule molle, comprimé à croquer, liquide (DEKAsvitamins.com); KANSO MCT Öl 100% (Dr. G. Bichsel AG)
En complément énergétique, en général	Glucides, graisses saturées à assimilation rapide		Maltodextrine, Liquigen, Calogen	MCT procal (Vitaflo) Lipistart (Vitaflo); KANSO MCT Öl 100% (Dr. Bichsel AG)
Substitution de vitamines, sels minéraux et oligo-éléments en général	Sans lactose ni gluten, fructose et saccharose en petites quantités		Seravit	Advit 2 Advit 3 Advit4

B) Liste des produits diététiques en cas de maladies métaboliques : métabolisme des acides aminés

L'administration des produits doit être médicalement justifiée et prescrite par un médecin. La prescription doit mentionner la dose et la durée du traitement, et être périodiquement contrôlée.

Maladie	Caractéristiques des produits	Produits Milupa Metabolics / Nutricia	Produits SHS / Nutricia	Streuli / Vitaflo / MetaX / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG / Applied Pharma Research (APR)
Anomalies du cycle de l'urée	Acides aminés essentiels	UCD 1, UCD 2	E-AM 1, E-AM 2	L-arginine, L-citrulline MetaX plus8 KJ ; MetaX plus8 A
Maladie du sirop d'érable	Sans isoleucine, ni leucine, ni valine	MSUD 1-mix, MSUD 1, MSUD 2- prima, MSUD 2-secunda, MSUD 3-advanta	Nutricia MSUD 1-infant, ILV-AM 1, ILV-AM 2, ILV-AM 3	L-isoleucine, L-valine ; ZeroVIL Infant Mix LCP (MetaX) ; ZeroVIL K (MetaX); ZeroVIL J (MetaX); ZeroVIL A (MetaX)
Acidémie propionique et acidurie méthylmalonique	Sans isoleucine, ni méthionine, ni thréonine, ni valine	O 1, OS 2- prima, OS 2-secunda OS 3-advanta	Nutricia OS 1-infant, IMTV-AM 1, IMTV-AM 2, IMTV-AM 3	L-isoleucine, L-valine
Acidémie isovalérique	Sans leucine	LEU 1, LEU 2- prima	Nutricia LEU 1-infant, LEU-AM 1, LEU-AM 2	
Glutaracidurie	Sans lysine	LYS 1, LYS 2-prima GA1, GA2 Prima	Nutricia GA 1-infant, LT-AM 1, LT-AM 2	
Homocystinurie	Sans méthionine	HOM 1-mix, HOM 1 HOM 2-prima HOM 2-secunda, HOM 3-advanta	Nutricia HOM 1-infant, M-AM 1, M-AM 2, M-AM 3	L-cystine
Tyrosinémie	Sans phénylalanine ni tyrosine	TYR 1-mix, TYR 1, TYR 2- prima, TYR 2-secunda,	Nutricia TYR 1-infant, PT-AM 1,	L-phénylalanine

		TYR 3-advanta	PT-AM 2, PT-AM3	
Phénylcétonurie	Sans phénylalanine	PKU 1-mix, PKU 1 PKU 2-mix, PKU 2-prima PKU 2-secunda, PKU 3, PKU 3 advanta	Nutricia PKU 1-infant, P-AM 1, P-AM 2, P-AM 3, P-AM maternal	XPhe Energy A; XPhe Infant Mix; XPhe smart K; XPhe smart J; XPhe smart A; XPhe for 2; XPhe Kid; XPhe Energy Kid Neutral; Mevalia PKU Balance Complete 0-1 ; Mevalia PKU Balance Complete 1+; Mevalia PKU Balance 1+; Mevalia PKU Balance 6+; Mevalia PKU Balance 14+; Mevalia PKU GM Power Vanille; PKU GOLIKE PLUS 3-16 (APR); PKU GOLIKE PLUS 16+ (APR); PKU GOLIKE PURE 3+ (APR)
Pour toutes maladies congénitales du métabolisme des acides	sans protéine	pasic-p	Energivit	
Déficit du métabolisme de créatine	riche en créatine			L-ornithine, L-arginine, L-glycine, Créapure (AlzChem), Trostberg (Allemagne)
En complément énergétique, en général	Glucides à assimilation rapide, graisses saturées		Maltodextrine, Liquigen, Calogen	
En général : substitution de vitamines, de sels minéraux et d'oligo-éléments	Sans lactose ni gluten, ne contenant que de petites quantités de fructose et de saccharose		Seravit	Advit 2 Advit 3 Advit 4

C) Liste des produits diététiques en cas de maladies métaboliques (troubles du métabolisme des acides aminés, glucides et acides gras) : produits fournis en portions

Les produits diététiques fournis en portions sont pris en charge sur ordonnance médicale établie par un centre du métabolisme. Limitation à 25 portions par mois, si l'enfant prend un repas par jour hors domicile, à la place des produits diététiques usuellement administrés.

Maladie	Caractéristiques des produits	Produits Milupa Metabolics / Nutricia	Produits SHS /Nutricia	Produits MetaX/ Streuli / Vitaflo / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG
Anomalies du cycle de l'urée	Acides aminés essentiels		E-AM Anamix (1 portion = 5,2 g prot)	EAA supplement (Vitaflo) (1Port. = 5g prot) MetaX plus8 minis (1 Port.=5g prot), MetaX plus8 KJ (1 Port.=7g prot), MetaX plus8 A (1 Port.=7g prot)
Maladie du sirop d'érable	Sans isoleucine, ni leucine, ni valine		ILV-AM Anamix (1 portion = 10 g prot) MSUD Lophlex LQ 20 Juicy (1 portion = 20 g prot)	MSUD cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1 Port. = 10, 15, 20g prot); MSUD express 15, 20, (Vitaflo) (1 Port. = 15, 20g prot); MSUD gel (Vitaflo) (1Port. = 24g prot); ZeroVIL K (MetaX) (1 Port. = 5g prot) ; ZeroVIL J (MetaX) (1 Port. = 10g prot); ZeroVIL A (MetaX) (1 Port. = 10g prot); ZeroVIL smart A (MetaX) (1 Port. = 20g prot) ; ZeroVIL minis (MetaX) (1 Port. = 5g prot)
Acidémie isovalérique	Sans leucine			IVA cooler 15 (Vitaflo) (1 Port. = 15g prot)
Glutaracidurie	Sans lysine			GA express 15 (Vitaflo) (1 Port. = 15g prot); GA gel (Vitaflo) (1 Port. = 24g prot)
Homocystinurie	Sans méthionine		M-AM AnamixX (1 portion = 10 g prot) HCU Lophlex LQ 20 Juicy (1 portion = 20 g prot)	HCU cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1Port. = 10, 15, 20g prot); HCU express 15, 20 (Vitaflo) (1Port. = 15, 20g prot); HCU gel (Vitaflo) (1 Port. = 24g prot)
Tyrosinémie	Sans phénylalanine ni tyrosine		PT-AM Anamix (1 portion = 10 g prot) TYR Lophlex LQ 10 Juicy (1 portion = 20 g prot)	TYR cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1 Port.= 10, 15, 20g prot); TYR express 15, 20 (Vitaflo) (1 Port. = 15, 20g prot) ;

Maladie	Caractéristiques des produits	Produits Milupa Metabolics / Nutricia	Produits SHS /Nutricia	Produits MetaX/ Streuli / Vitaflo / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG
				TYR gel (Vitaflo) (1 Port.= 24g prot)
Phénylcétonurie	Sans phénylalanine	PKU 2-Fruta (1 portion = 14 g prot) PKU 2- shake (1 portion = 14 g prot) PKU 2- mix vanille (1 portion = 6 g prot) PKU 2-activa (1 sachet = 14 g prot) PKU 3- tablets (10 comprimés = 3,5 g prot) PKU 3- shake (1 portion = 21 g prot) PKU 3-activa (1 sachet = 21 g prot) PKU 3-tempora (1 portion = 14 g prot)	P-AM Anamix (1 portion = 10 g prot) PKU Lophlex poudre 20 (1 portion = 20 g prot) P-AM Easiphen (1 portion = 12,5 g prot) PKU Anamix junior LQ (1 portion = 10 g prot) PKU Lophlex LQ 20 (1 portion = 20 g prot) PKU Lpphlex LQ 10 Juicy (1 portion = 10 g prot) PKU Lophlex LQ 20 Juicy (1 portion = 20 g prot) PKU Lophlex Sensation 20 (1 portion = 20 g prot) P-AM add-ins (1 portion = 10 g prot)	XPhe Hello10 Bleu (1Port. / Barre = 10g Protein) ; Xphe smart K (1 Port. = 5g Protein); XPhe smart J (1 Port. = 10g Protein); Xphe smart A (1 Port. = 20g Protein); XPhe for 2 (1 Port.= 10g Protein); XPhe jump 10 (1 Port. = 10g Protein); XPhe jump 20 (1 Port. = 20g Protein); XPhe mini A (1Port. = 10g Protein); XPhe Energy K (1 Port. = 5g Protein); XPhe Energy J (1 Port. = 5g Protein); XPhe Energy A (1Port. = 10g Protein); XPhe Kid (1 Port. = 5 g Protein); XPhe Energy Kid Neutral (1 Port. = 5 g Protein) ; XPhe enjoy10 GMP (30 x 16.5 g); XPhe enjoy20 GMP (30 x 33 g); PKU cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1 Port. = 10, 15, 20g Protein); PKU explore 5 (1 Port = 5 g Protein) 30 x 12.5 g PKU express 15, 20 (Vitaflo) (1 Portion = 15, 20g Protein); PKU gel (Vitaflo) (1 Port. = 24g Protein); PKU squeezie (Vitaflo) (1 Port. = 10g Protein) ; Mevalia PKU Motion Tropical 20 (30x140ml) ; Mevalia PKU Motion Tropical 10 (30x70ml) ; Mevalia PKU Motion Red Fruits 20 (30x140ml) ; Mevalia PKU Motion Red Fruits 10 (30x70ml) ; Mevalia PKU GM Power Vanille, 20 x 23.4 g Mevalia PKU GM Power Piña Colada, 20 x 24.4g; Mevalia PKU GM Power Wild Berries, 20 x 22.6 g

Maladie	Caractéristiques des produits	Produits Milupa Metabolics / Nutricia	Produits SHS /Nutricia	Produits MetaX/ Streuli / Vitaflo / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG
Carence en pyruvate déshydrogénase Déficit en transporteur de glucose de type 1 Epilepsie	Sans glucides Pauvre en glucides et riche en graisse		Ketocal advance 4:1 LQ Multi fibre	Kanso Ketvit, 30x36g (Dr. G. Bichsel AG); Kanso MCTfiber, 30x13,3g (Dr. G. Bichsel AG)
Acidémie propionique et acidurie méthylmalonique	Sans méthionine, ni thréonine, ni valine, très faible concentration en isoleucine			MMA-PA Cooler15 Red (Vitaflo)

D) Liste de produits en cas de maladies métaboliques : médicaments

L'administration des produits doit être médicalement justifiée et prescrite par un médecin. La prescription doit mentionner la dose et la durée du traitement, et être périodiquement contrôlée. Si les médicaments mentionnés ci-dessous permettent de réduire l'utilisation de produits diététiques ou de les remplacer, l'AI ne peut les prendre à sa charge qu'à concurrence du montant des produits diététiques également nécessaires sans médicament et fournis sur ordonnance. Le SMR contrôle périodiquement la nécessité de la prescription médicale (dose, durée, etc.).

Maladie	Substance active	Caractéristiques	Type d'administration	Produit / fabricant
Anomalies du cycle de l'urée	Benzoate de sodium	Détoxication de l'ammoniaque (NH ₃)	Par VO et par IV	Pharmacies (cantonales)
Autres hyperammoniémies	Phénylacétate de sodium	Détoxication de l'ammoniaque (NH ₃)	Seulement par IV	Pharmacies (cantonales)
Par ex. en cas d'organoaciduries	Phénylbutyrate de sodium	Détoxication de l'ammoniaque (NH ₃)	Seulement par VO	Ammonaps (SOBI) Buphenyl, Ambutyrate
	Carbamylglutamate	Croissance du cycle de l'urée Détoxication de l'ammoniaque (NH ₃)	Seulement par VO	Carbaglu (Orphan Europe)
Tyrosinémie de type I / alcaptonurie	NTBC	Bloque l'assimilation de la tyrosine -> Prévient l'accumulation de produits intermédiaires toxiques	Par VO	Orfadin (SOBI)
Homocystinémie / troubles du métabolisme de la cobalamine	Bétaïne	Réduction de l'homocystéine	Par VO	Cystadane (Orphan Europe)
Organoaciduries / troubles de l'oxydation des acides gras	Carnitine	Remplacement de la carnitine perdue	Par VO et par IV	Carnitene Sigma-Tau
Défaut de la synthèse de BH4	Saproptérine	Remplacement de BH4	Par VO	Kuvan (DRAC SA)
Phénylcétonurie	Saproptérine		Par VO	Kuvan (DRAC SA)
Déficit en congénital en biotinidase	Biotin	Remplacement de biotin	Par VO	Biotin Biomed forte (Biomed SA)

Les produits alimentaires spécifiques suivants, pauvres en protéine, sont remboursés lors de maladies congénitales du métabolisme aminoacide, spécialement en cas de phénylcétonurie :

- Aproten (farine, semoule, pâtes),
- Farine Damin (farine pauvre en albumine de la firme Maizena),
- Pain en boîte, pain gaufrette, pâtes, farine, biscuits (firme Hammermühle),
- Finax (mélange de poudre pauvre en protéine),
- Produits Leprofin de la maison SHS,
- Zwieback, biscuits (firme Plasmon Dietetici).

Annexe 2

Registre des spécialistes SSO en orthopédie dento-faciale (ch. 208-210.3 et 218.1)

La liste des médecins-dentistes spécialistes en orthopédie dento-faciale reconnus par l'AI (ch. 208 à 210.3 et 218.1) est publiée sur la page d'accueil de la SSO (<http://www.sso.ch>) et régulièrement mise à jour.

Annexe 3

Liste des cas à soumettre à l'OFAS

La liste suivante est classée selon les chiffres marginaux.
Dans chaque cas, les documents nécessaires à l'examen du cas de l'assuré doivent être joints à la demande.

Chiffres

1215ss Médicaments hors étiquette au sens large

1222ss Mesures de réadaptation effectuées à l'étranger
pour assurés domiciliés en Suisse (art. 23^{bis} RAI)

Annexe 4

Directives médicales relatives aux IC 404

1. Partie générale

1.1 Attribution de la prise en charge des prestations à l'assurance compétente

Lorsqu'il est amené à répondre à une demande de garantie pour la prise en charge de mesures médicales, le rôle du SMR n'est pas d'estimer les besoins thérapeutiques, mais de déterminer quelle est l'assurance compétente. Jusqu'à la décision de l'AI, c'est à l'assurance-maladie de répondre, en vertu de l'art. 70 LPGA. Il ne serait ni utile ni moral d'attendre une réponse positive pour commencer les mesures thérapeutiques indiquées. Le refus d'une demande par l'AI n'est pas une décision contre l'enfant ou la négation de ses besoins thérapeutiques, mais une décision relevant de la médecine des assurances ayant trait à la prise en charge des prestations.

1.2 Limites d'âge

Chez les enfants d'âge préscolaire, en particulier avant l'entrée au jardin d'enfants, diagnostiquer un TDA/H est possible, mais pas toujours simple ; la distinction avec un trouble du comportement agité (é réthique) est parfois difficile. En règle générale, on ne pourra cependant pas prouver à cet âge l'existence de troubles de l'intelligence ou de l'attention par un test neuropsychologique. Les jeunes enfants présentent souvent une immaturité ou une attitude / capacité de travail insuffisante pour passer de tels tests, et ils sont encore régis par le principe de plaisir. Si cette immaturité est très marquée, il n'est pas toujours possible de diagnostiquer cliniquement un TDA/H : pour les raisons indiquées, les conditions permettant de le reconnaître au sens du ch. 404.5 ne sont pas suffisamment nettes, entre autres aussi parce qu'il s'agit d'enfants qui présentent des troubles de l'attention et de l'impulsion et qui réagissent impulsivement, ce qui peut accentuer encore l'immaturité propre à l'âge.

Chez les jeunes enfants, le risque est donc d'aboutir à des résultats d'examen faussement positifs : les déficits qui semblent pouvoir être objectivés par des tests psychologiques sont influencés par la motivation et peuvent apparaître comme des troubles spécifiques du développement. En revanche, des résultats normaux, même chez les jeunes enfants, sont très significatifs. Les tests sont conçus en effet de façon à ce qu'il soit impossible d'obtenir des résultats moyens ou supérieurs à la moyenne, c'est-à-dire normaux, par des réponses aléatoires. Si la réponse aux tests psychométriques est correcte, on peut en déduire avec une quasi-certitude que le domaine mesuré n'est pas perturbé. Toutefois, de bonnes performances obtenues avec une forte motivation dans la situation particulière et unique du passage de test ne sont pas obligatoirement représentatives des performances habituelles dans un domaine particulier ; elles peuvent dissimuler une faiblesse de certaines performances. Par conséquent, des résultats aux tests psychologiques inférieurs à la moyenne ou traduisant une situation nettement pathologique, comme des résultats normaux, voire bons, ne peuvent pas être considérés comme aussi significatifs que chez l'adulte, en raison de la composante motivationnelle, très importante chez le jeune enfant. Il en résulte qu'on ne peut poser un diagnostic sûr qu'à partir d'un certain âge ou d'une certaine maturité et qu'il faut attendre pour déposer une demande à l'AI. Tant que le diagnostic n'est pas confirmé, les mesures médicales nécessaires restent à la charge de l'assurance-maladie.

1.3 Demandes après 9 ans révolus

En principe, une première reconnaissance de la problématique en tant qu'IC 404 OIC-DFI est aussi possible après que l'enfant a atteint 9 ans. Mais on doit alors montrer qu'un diagnostic avait été posé et un traitement médical⁹ entrepris avant cet âge. Pour poser

⁹ Le traitement pédopsychiatrique, l'ergothérapie et le traitement médicamenteux sont reconnus comme traitement médical par l'assurance-invalidité. La logopédie, la psychomotricité, les cours spéciaux ou de soutien, les mesures d'encouragement scolaire intégratif et toute autre mesure de soutien sont à la charge des cantons depuis l'entrée en vigueur, le 1.1.2008, de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). L'examen médical ou psychologique du cas n'est pas considéré comme un traitement, non plus que les conseils aux parents (arrêt du TF I 569/00 du 6.7.2001). Comme le traitement des jeunes enfants se fait de toute manière principalement par l'intermédiaire des parents ou d'autres personnes de référence servant de médiateurs et que les enfants peuvent rarement être traités seuls, ce travail thérapeutique doit être déclaré comme traitement pédopsychiatrique de l'enfant et de sa famille. (SPO) une

un diagnostic, il ne suffit pas de qualifier de syndrome psycho-organique (SPO) une symptomatologie de TDA/H ; il faut aussi prouver par un examen que les critères indiqués au ch. 404.5 CMRM sont satisfaits.

1.4 Obligation de traitement (ch. 404.3 CMRM)

Les troubles cérébraux congénitaux qui ne sont réellement traités qu'à partir de l'âge de 9 ans, ainsi que tous les autres troubles psychiques des enfants, sont à évaluer à la lumière de l'art. 12 LAI.

Un trouble qui n'aurait pas nécessité de traitement avant l'âge de 9 ans ne peut pas être admis comme infirmité congénitale.

2. Partie spéciale

2.1 Critères de reconnaissance

Au sens du ch. 404.5, les conditions du ch. 404 OIC-DFI peuvent être considérées comme réunies si, avant l'âge de 9 ans, on constate au moins des **troubles du comportement au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, de l'impulsion et de la perception** (troubles perceptifs), **de la concentration et de la mémorisation**. Ces symptômes doivent être présents cumulativement. Ils ne doivent cependant pas nécessairement apparaître simultanément ; ils peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Si, le jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans, seuls certains de ces symptômes sont médicalement attestés, les conditions du ch. 404 OIC-DFI ne sont pas remplies. Les SMR des offices AI doivent vérifier de manière critique et méticuleuse si les critères requis sont effectivement remplis et les attester clairement. Si nécessaire, ils demandent l'avis de spécialistes externes.

symptomatique de TDA/H ; il faut aussi prouver par un examen que les critères indiqués au ch. 404.5 CMRM sont satisfaits.

2.1.1 Troubles du comportement

Il faut distinguer le trouble du comportement du trouble de l'impulsion. Il s'agit là de troubles nets de l'affectivité et/ou du contact. On trouve souvent dans les rapports médicaux, sous la dénomination de troubles du comportement, des symptômes relevant des troubles de la concentration ou de l'impulsion, mais ceux-ci ne remplissent pas les conditions exigées de « troubles de l'affectivité ou du contact ». La diminution ou l'augmentation de l'activité physique motrice, l'impulsivité, l'inattention et la distractibilité ne sont pas des troubles de l'affectivité et du contact, mais des troubles de l'activité et de l'attention. Dans la littérature spécialisée, la notion d'« affect » est définie tantôt comme synonyme, tantôt comme différente d'autres concepts tout aussi diversement définis que « sentiment », « émotion », « états d'âme » ou « humeur ». Selon L. Ciompi, un affect est un état psychophysique global, déclenché par des stimuli internes et externes, de qualité et de durée variables et plus ou moins proches de la conscience. Dans le cas des enfants présentant une IC 404, l'affectivité et le contact sont influencés de manière pathologique, d'une part, par des facteurs organiques (commande) et, d'autre part, par les réactions inadéquates (propres, de l'environnement ou bien de la famille) aux déficits de l'enfant et par les stratégies inadéquates dans la gestion du trouble qui en découlent. On entend ici non pas les troubles affectifs au sens de la CIM-10, mais les atteintes pathologiques de l'affectivité et du contact, conformément aux descriptions ci-après :

Troubles de l'humeur et des affects : dépression/tristesse, excitabilité/dysphorie, manque de confiance en soi, désespoir, sentiment de culpabilité/auto-accusation, pauvreté des affects, manque d'intérêt/apathie, labilité des affects, agitation intérieure/impulsivité, augmentation de la conscience de sa propre valeur/euphorie.

Troubles du contact : hyperadaptation, timidité/manque d'assurance, retrait social/isolement, mutisme, exagération, perte de la distance/désinhibition, manque d'empathie, manque de réciprocité et de communication sociales.

Au sens d'un comportement oppositionnel, voire antisocial, les troubles suivants satisfont également aux critères exigés : domination, opposition/refus, agressivité verbale, agressivité physique,

mensonge/tromperie, vols, fuites/fugues, école buissonnière, destruction de biens, pyromanie.

On explore le trouble de l'affectivité et du contact par des questions ciblées et l'observation du comportement. On juge les réponses et les résultats de l'observation, ainsi que l'ensemble des symptômes constatés en situation d'examen durant l'exploration, puis on les évalue indépendamment de l'importance de la symptomatologie qui se manifeste dans différents contextes (famille, école et groupe de pairs).

2.1.2 Troubles de l'impulsion

En neuropsychologie, on définit actuellement l'impulsion comme une composante des fonctions d'exécution associées à l'action, qui peut être en partie mesurée par des tests psychologiques. Dans le contexte du droit des assurances, elle désigne le dynamisme global de l'enfant, sa propension générale à l'action, l'activation de fond supramodal tonique. Les troubles peuvent aller soit vers un « hyper » (excès), soit vers un « hypo » (déficit, par ex. l'enfant ne bouge pas s'il n'y est pas poussé). Elles s'observent au cabinet médical et se retrouvent dans l'anamnèse. Un excès se manifeste souvent par une psychomotricité typique, mais aussi par une très grande rapidité dans l'exécution de gestes et de paroles associée à un grand nombre d'erreurs, un débit de parole élevé, une hyperactivité globale, la transgression de limites et une difficulté générale à respecter celles-ci. Un déficit peut se manifester par une vitesse de traitement extrêmement faible ou de grandes difficultés à initier une activité, ou encore par un « enlèvement » en cas de travail autonome. Ces caractéristiques ne sont pas toutes observables en situation de test et on dépend aussi du jugement des parents et des enseignants pour poser le diagnostic.

2.1.3 Troubles de la perception

Au premier plan se trouvent des déficits avérés de la perception visuelle et auditive, qui peuvent entraver l'acquisition du langage. Il n'y a trouble de la perception qu'en présence d'une baisse de certaines performances visuelles ou auditives partielles ou spécifiques.

La démarche recommandée ici est de demander des tests standardisés afin d'établir un bilan clair et détaillé. Étant donné l'importance de ce domaine pour les mesures de soutien pédagogiques, il existe un vaste choix de procédures.

Il n'est pas toujours facile de distinguer les troubles instrumentaux spécifiques de la **perception acoustique** des perturbations de l'attention. Pour faire la différence entre une atteinte de la capacité à différencier les sons et une atteinte du traitement séquentiel, on procède à une analyse quantitative des erreurs (par ex. erreurs de syllabes, difficulté à délimiter les mots dans les phrases, notamment à l'écrit sous la dictée, séquences incorrectes). Divers tests d'attention acoustiques et verbaux, comme le **test de Mottier, la répétition de chiffres** (à l'endroit et à l'envers), **les séries de mots**, etc., permettent de mettre en évidence des anomalies qualitatives allant dans le sens d'un trouble de la différenciation et indiquant ainsi des troubles de la perception auditive. L'observation clinique et l'anamnèse peuvent aider à faire la distinction.

Le test de **Mottier**, par ex., ne permet pas d'affirmer la présence d'un trouble de la différenciation si un seul résultat est quantitativement insuffisant, car ce résultat peut aussi bien s'expliquer par une atteinte de la mémoire de travail. Il faut donc pratiquer des examens complémentaires pour rechercher d'éventuels troubles spécifiques de l'audition. On utilisera à cet effet, par ex., la procédure de choix selon **Monroe (*Iota word test*)** ou la **liste de paires de mots de Nickisch**, qui mesurent la différenciation des sons.

De très nombreux tests permettent de mesurer les troubles de la perception visuelle ; beaucoup sont intégrés à des tests d'intelligence. C'est le cas du **complément d'images** (= « Bildergänzen »), des cubes, de **l'assemblage d'objets** (= « Figurenlegen »), de la **reconnaissance de formes et personnes** (= « Gestalt-Erschliessen »), de la **fenêtre magique** (= « Zauberfenster ») et des triangles (= « Dreiecke »). Il en existe aussi plusieurs dans le domaine visuo-constructif (perception visuo-spatiale), notamment la **figure complexe de Rey** et le **DTVP** (« developmental test of visual perception »). Tous ces tests permettent d'analyser la différenciation formes-fond, la constance des formes, la situation dans l'espace, les relations spatiales, ainsi que la perception analytique et synthétique des formes. L'important est de bien faire la différence entre les

troubles de la perception et ceux touchant la capacité de reproduction.

Les troubles instrumentaux spécifiques de la **perception proprioceptive et tactile** sont plus difficiles à mesurer, mais ils ne doivent pas être négligés en raison de leur importance pour les fonctions d'exécution et d'expression. La **graphesthésie** comprend la sensibilité tactile, la localisation des contacts, la capacité de percevoir la direction d'un stimulus tactile, ainsi que l'intégration dans un schéma idéal. La **stéréognosie** constitue le processus complexe permettant de percevoir la forme des objets, qui comporte des éléments d'exécution et d'expression moteurs qui, en cas de découverte isolée, ne convient cependant pas pour étayer de manière définitive la présence de troubles de la perception. La perception proprioceptive (donc, perception de son propre corps et de ses mouvements) peut également être perturbée et entraver le développement. Il est difficile de diagnostiquer des troubles de la graphesthésie, de la stéréognosie et de la proprioception au moyen de tests standardisés, et on interprète souvent à tort des difficultés motrices comme des problèmes de perception. L'important ici est d'estimer la plausibilité du lien entre ce trouble partiel et les troubles fonctionnels de l'enfant à l'école et dans la vie quotidienne. Des anomalies dans ces domaines ne suffisent donc pas à prouver l'existence de troubles de la perception.

En résumé, on peut affirmer que l'existence de troubles de la perception, ou plus exactement de troubles des performances instrumentales spécifiques, sont souvent faciles à prouver. En revanche, cela signifie aussi qu'en leur absence, on ne peut pas reconnaître une IC 404 au sens de l'AI, et qu'il n'est alors pas nécessaire d'analyser d'autres critères.

2.1.4 Troubles de la concentration

De manière générale, la concentration est définie comme une attention dirigée d'une manière supramodale.

Elle comprend la reconnaissance du stimulus, la focalisation (au sens d'une attention partagée), le maintien de l'attention (concentration proprement dite) ainsi que le déplacement de l'attention ou l'évitement d'un déplacement inadéquat de l'attention (distractibilité).

Différents tests existent dans ce domaine : le « **Differentielle Leistungstest** » (en allemand seulement ; deux versions suivant l'âge : **DL-KG** et **DL-KE**, le **TAP** et le **Ki-TAP** (batterie de tests pour mesurer l'attention), le **TEA-Ch** (Test of Every Day Life Attention for Children) et le **KT 3-4**. Le test **d2** ne convient pas très bien aux jeunes enfants en raison de sa brièveté et de la discrimination compliquée des signes.

Les sous-épreuves du WISC-IV « **résistance à la distraction** » mesurent indirectement les troubles de l'attention.

Même si la distractibilité est au premier plan, certains enfants obtiennent malgré tout de bons résultats dans une situation de test bien structurée et clairement limitée dans le temps (surtout aux tests à l'écran, où il s'agit généralement de réagir directement à un stimulus). Dans ces cas, le questionnaire d'entretien avec les enseignants et les parents est très important, car les troubles de l'attention surviennent évidemment plutôt dans le cadre d'un groupe, quand une performance est demandée ou quand les stimuli sont particulièrement nombreux.

2.1.5 Troubles de l'attention

Les troubles de l'attention sont souvent définis comme des atteintes de la mémoire à court terme. Les troubles de la mémoire auditive à court terme peuvent être mesurés par de très nombreux tests : **répétition de chiffres, suites de mots, consignes, syllabes de Mot-tier**. La mémoire visuelle est mesurée par la **reconnaissance de visages** ou les **tests d'apprentissage visuel** (par ex. test d'apprentissage visuel de Rey ou DCS, où il faut reproduire des figures complexes avec des bâtonnets). De nombreux tests permettent donc de mesurer la mémoire à court terme. Certains tests permettent de mesurer la capacité d'apprentissage (**DCS** et **VLMT**, test d'apprentissage et d'attention visuels) et d'autres également la mémoire à long terme (par ex. la figure complexe de Rey ou l'échelle clinique de mémoire de Wechsler).

2.1.6 Intelligence

Une condition à la reconnaissance d'un problème en tant qu'infirmité congénitale chiffre 404 OIC-DFI est une intelligence normale. Afin d'évaluer l'intelligence les instruments suivants sont généralement utilisés: K-ABC, HAWIK IV, ids (Intelligencer and Developmental Scales). Dans certains cas spécifiques, l'utilisation d'autres tests d'intelligence peut être envisagée (par exemple Raven en cas de difficultés de langage qui ne sont pas liés à une maladie).

Sur ce point, les interprétations varient : selon un arrêt du Tribunal fédéral, l'« intelligence normale » va jusqu'à la limite du retard mental (c'est-à-dire jusqu'à un QI de 70). La faiblesse du total s'explique donc par un échec dans certains domaines. Dans chaque cas, il faut s'assurer que les troubles de la perception et de l'attention sont bien des troubles instrumentaux spécifiques. Si le niveau est bas tout en présentant une certaine harmonie, on trouve également des performances insuffisantes dans la perception et l'attention, ou dans les autres performances partielles mentionnées plus haut. Cependant, il convient de ne pas interpréter celles-ci comme un déficit spécifique, mais de les considérer comme le niveau général de performance de l'enfant : il ne s'agit pas d'un trouble spécifique de l'attention lié à différents troubles des performances partielles, mais de difficultés d'apprentissage générales ou d'un retard mental (CIM-10 F7) (« handicap mental »). Dans ces cas, le critère de l'intelligence normale n'est pas satisfait et la reconnaissance comme IC 404 n'est pas possible.

2.2 Diagnostic différentiel

Au fond, l'IC 404 est un diagnostic qui procède par élimination. Il faut exclure d'abord une pathologie acquise (dans la petite enfance), qui pourrait être la cause d'un syndrome psycho-organique (traumatisme cérébral, encéphalite), puis divers troubles psychiatriques acquis ou réactionnels pouvant aboutir à un syndrome ressemblant au TDA/H : négligence précoce, maltraitance, troubles de l'attachement, facteurs de stress émotionnel et/ou psychique dans un contexte social lourd, difficultés cognitives associées à un retard mental général ou sous-stimulation chez un surdoué. Il existe en outre des troubles du développement limités ou envahissants qui provoquent

les mêmes symptômes. Si l'on suspecte un trouble relevant de la pédopsychiatrie, il faut faire appel à un spécialiste. Des comorbidités liées à l'IC 404 peuvent apparaître, mais elles ne sont généralement pas la cause majeure de la symptomatique.

Dans les rapports médicaux, il est donc très important d'expliquer, par une anamnèse précise, des descriptions illustrant les résultats, des tests psychométriques (intelligence) et des éléments de diagnostic différentiel, qu'il n'y a pas d'étiologie acquise, de façon à bien montrer au médecin du SMR que l'infirmité est congénitale.

Le rapport doit donc exposer clairement :

1. que les critères d'un TDA/H (selon le DSM-IV / la CIM-10, y compris la durée de la symptomatique) sont remplis, de même que les critères énoncés au ch. 404.5 CMRM, impulsion et concentration ;
2. que la symptomatique (selon le DSM-IV / la CIM-10) se manifeste dans plusieurs domaines de la vie ;
3. qu'il y a des troubles instrumentaux spécifiques des fonctions perceptives (troubles de la perception et de l'attention) (ch. 404.5 CMRM), qui doivent être documentés par un examen de l'enfant (tests psychologiques) ;
4. qu'il y a un trouble du comportement, c'est-à-dire de l'affectivité et/ou du contact ;
5. qu'à l'issue du diagnostic différentiel, on peut exclure d'autres troubles psychiatriques comme étiologie principale de la pathologie.

2.3 Outils diagnostiques

C'est à la personne chargée de l'examen qu'il incombe de choisir les tests (différents selon la langue) qui lui permettront de répondre à la question, et de les utiliser conformément à l'état de l'art. Les multiples tests mentionnés dans le présent manuel ne le sont donc qu'à titre d'exemples et ne constituent pas une liste exhaustive des

tests admis. Il est évident que les tests utilisés doivent être standardisés conformément aux principes reconnus par la psychologie appliquée.

Selon certains pédiatres, d'autres instruments d'examen peuvent être utiles comme tests de dépistage. Les spécialistes et les médecins des SMR les acceptent en tant qu'examens cliniques d'orientation. Par contre, pour diverses raisons méthodologiques, les médecins-chefs des SMR sont d'accord sur le fait que ces tests (non standardisés et non validés) ne peuvent pas, à eux seuls, satisfaire avec certitude aux critères de reconnaissance énoncés au ch. 404.5. Si les résultats, selon l'avis des SMR, répondent insuffisamment aux critères de reconnaissance du ch. 404.5, la demande n'est généralement pas refusée d'emblée ; le requérant est invité à préciser les points insuffisamment documentés et à les compléter le cas échéant par de nouveaux résultats de tests neuropsychologiques afin de les rendre plus clairs. Le SMR peut demander et/ou faire en sorte d'obtenir ces examens complémentaires.

Annexe 5

Formulaire «Demande de prise en charge par l'AI de médicaments Off-label»

Nom	Prénom	Date de naissance	Nr. d'assuré
Sexe: <input type="radio"/> ♀ <input type="radio"/> ♂	Grandeur (cm)	Poids (kg)	
Office AI			
Diagnostic et chiffre OIC			
Médicament demandé	<input type="checkbox"/> Sur la LS, demande en dehors de l'information professionnelle ou de la limitation de la LS		
	<input type="checkbox"/> Autorisé par Swissmedic mais pas sur la LS		
	<input type="checkbox"/> Importé (pas autorisé en CH)		
• Dosage			
• Nbre de cycles thérapeutiques resp. durée du traitement			
• Utilisation combinée avec d'autre(s) médicament(s)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
• Si oui, le(s)quel(s)			
• Justification du choix du médicament			
• Traitement antérieur et déroulement du traitement (joindre des copies des rapports médicaux correspondants).			
Pronostic de la maladie	Sans le médicament demandé		
	Avec le médicament demandé selon les études jointes)		
Quelles sont les alternatives thérapeutiques existantes			
Après quelle durée de traitement est-il possible de se prononcer			

sur le succès du traitement clinique ?		
Base scientifique pour le choix de la thérapie (publication publiquement disponible, références). L'étude publiée la plus pertinente doit être incluse.		
Coûts de traitement annuels prévus (avec indication de la source).		
Médecin demandeur	Nom/Prénom	Cabinet / Hôpital (avec l'adresse)