



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

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

Valable à partir du 1^{er} janvier 2010

318.507.06 f

1.09

Préface

La nouvelle édition de cette circulaire remplace celle en vigueur de

Les modifications de la présente circulaire touchent principalement l'ordonnance concernant les infirmités congénitales. Le ch. 401 est supprimé et remplacé par deux nouveaux paragraphes : le ch. 405 pour les troubles du spectre autistique et le ch. 406 pour les psychoses primaires de la petite enfance.

Table des matières

Abréviations		8
1^{re} partie		
Généralités sur le droit aux mesures médicales de l'AI.....	A	1
Chapitre 1 Droit aux mesures médicales selon l'art. 13 LAI pour le traitement de maladies au sens de l'art. 3 LPGA	A	2
1.1 Notions et principes.....	A	2
1.2 Délimitations.....	A	3
1.3 Début et durée du droit	A	5
1.4 Contrôles médicaux	A	6
1.5 Cas particuliers	A	7
1.6 Modifications de l'OIC	A	8
Chapitre 2 Droit aux mesures médicales de réadaptation selon l'art. 12 LAI	B	1
Conditions d'octroi	B	1
2.1 Principe	B	1
2.2 L'invalidité.....	B	2
2.3 Correction de séquelles stabilisées ou de troubles fonctionnels	B	2
2.3.1 Généralités	B	2
2.3.2 Connexité matérielle avec le traitement de la maladie ou de l'accident	B	4
2.3.3 Mesures prophylactiques de réadaptation.....	B	5
2.4 Délimitation dans le temps par rapport au traitement de l'affection comme telle	B	6
2.4.1 Début de la réadaptation médicale	B	6
2.4.1.1 En général	B	6
2.4.1.2 Suites du traitement d'une maladie ou d'un accident.....	B	6
2.4.1.3 Début du droit aux prestations en particulier lors de paralysies	B	7
2.4.2 Durée de la réadaptation médicale.....	B	8
2.4.2.1 Généralités	B	8

2.4.2.2	Durée des mesures médicales de réadaptation en cas de paralysies et d'autres troubles fonctionnels de la motricité	B	8
2.5	Répercussion indispensable sur la capacité de gain, la formation professionnelle ou la capacité d'accomplir des travaux habituels.....	B	9
2.6.	Ensemble de mesures à caractère de réadaptation prépondérant.....	B	10
2.7	Traitement des accidents et des maladies professionnelles des personnes assurées obligatoirement en vertu de la LAA.....	B	11
2.8	Etendue des prestations dans le cadre de l'art. 12 LAI	B	11

2^e partie

Obligation de verser des prestations pour certaines infirmités et selon le genre des mesures

C 1

Chapitre 1 Particularités des infirmités congénitales

C 2

1.1	Peau	C	2
1.2	Squelette	C	3
1.3	Articulations, muscles et tendons	C	6
1.4	Face	C	10
1.5	Poumons	C	13
1.6	Œsophage, estomac et intestins.....	C	15
1.7	Foie, voies biliaires et pancréas.....	C	16
1.8	Paroi abdominale	C	17
1.9	Cœur, vaisseaux et système lymphatique.....	C	17
1.10	Sang, rate et système réticulo-endothélial.....	C	17
1.11	Système uro-génital	C	19
1.12	Système nerveux central, périphérique et autonome	C	20
1.13	Maladies mentales et graves retards du développement.....	C	28
1.14	Organes des sens	C	33
1.15	Métabolisme et glandes endocrines	C	37
1.16	Malformations congénitales touchant plusieurs systèmes organiques	C	40
1.17	Autres infirmités	C	41

Chapitre 2	Délimitations par rapport aux séquelles des maladies et des accidents (affections acquises; art. 12).....	D	1
2.1	Maladies infectieuses et parasitaires.....	D	1
2.2	Néoplasmes (tumeurs).....	D	1
2.3	Maladies allergiques, endocriniennes, du métabolisme et de la nutrition.....	D	2
2.4	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques à l'exclusion des néoplasmes.....	D	2
2.5	Psychoses, psychonévroses et troubles de la personnalité.....	D	2
2.6	Système nerveux.....	D	4
2.6.1	Epilepsies d'origine post-natale.....	D	4
2.6.2	Paralysies après lésions cérébrales et maladies du cerveau ou de la moelle épinière.....	D	4
2.6.3	Paralysies après des lésions de la moelle épinière: paraplégie, tétraplégie.....	D	5
2.6.3.1	Droit.....	D	5
2.6.3.2	Délimitation par rapport au traitement d'une affection comme telle.....	D	7
2.7	Organes des sens.....	D	7
2.7.1	Affections de l'œil.....	D	7
2.7.2	Affections des oreilles.....	D	12
2.8	Appareil circulatoire.....	D	13
2.9	Appareil respiratoire.....	D	13
2.10	Appareil digestif.....	D	14
2.11	Organes génito-urinaires.....	D	14
2.12	Peau et tissu cellulaire sous-cutané.....	D	14
2.13	Os et organes de locomotion.....	D	15
2.13.1	Polyarthrites chroniques (rhumatismes articulaires)..	D	15
2.13.2	Coxarthroses.....	D	16
2.13.3	Autres arthroses, en particulier les gonarthroses.....	D	17
2.13.4	Epiphysiolyse.....	D	17
2.13.5	Maladie de Perthes.....	D	18
2.13.6	Spondyloses et ostéochondroses, y compris la maladie de Scheuermann.....	D	18
2.13.7	Spondylolyse et spondylolisthésis.....	D	19
2.13.8	Scolioses idiopathiques.....	D	19
2.13.9	Autres altérations des os et des organes du mouvement (ligaments, muscles et tendons).....	D	20

Chapitre 3	Obligation de l'AI de verser des prestations en fonction des différents genres de mesures	E	1
3^e partie			
	Risques de la réadaptation selon l'art. 11 LAI	F	1
Chapitre 1	Responsabilité pour les atteintes à la santé causées par des mesures médicales d'expertise ou de réadaptation.....	F	2
Chapitre 2	Responsabilité pour les atteintes à la santé survenues pendant l'application des mesures médicales d'expertise ou de réadaptation.....	F	4
2.1	Généralités	F	4
2.2	Risques d'accidents	F	4
2.3	Risques de maladie.....	F	4
2.4	Action récursoire contre les tiers responsables.....	F	5
4^e partie			
	Etendue et application des mesures	G	1
4.1	Traitement par des médecins ou des auxiliaires paramédicaux.....	G	2
4.2	Prise en charge des frais de médicaments et d'analyses	G	3
4.3	Appareils de traitement	G	4
4.4	Le caractère scientifique, la simplicité et l'opportunité de la méthode de traitement	G	5
4.5	Traitement dans un établissement hospitalier	G	6
4.6	Traitement à domicile.....	G	9
4.7	Application des mesures médicales à l'étranger	G	9
4.7.1	Conditions préalables.....	G	9
4.7.2	Etendue des prestations de l'assurance.....	G	11
4.7.2.1	Frais de traitement	G	11
4.7.2.2	Frais de transport, y compris le viatique	G	11
4.7.2.3	Justificatifs et établissement des frais	G	11
4.8	Frais de transport par hélicoptère.....	G	12
5^e partie			
	L'entrée en vigueur	H	1

Annexe 1 Ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC)	I	1
Annexe 2 Produits alimentaires diététiques dans l'AI	I	16
Annexe 3 Directives pour les soins à domicile [supprimé]		
Annexe 4 Registre des spécialistes SSO en orthopédie dento-faciale	I	21
Annexe 5 Renvois aux arrêts du TFA	I	22
Annexe 6 Liste des cas à soumettre à l'OFAS	I	23
Index alphabétique.....	K	1

Abréviations

AI	Assurance-invalidité
al.	alinéa
AM	Assurance militaire
art.	article
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
ch.m.	chiffre marginal
CIIAI	Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'AI
CMRP	Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel
dB	décibel
EEG	électro-encéphalogramme
Hz	hertz
LA	Liste des analyses
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
ODAI	Ordonnance concernant les produits alimentaires diététiques dans l'assurance-invalidité
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OIC	Ordonnance concernant les infirmités congénitales

RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité
SMR	Service médical régional
SSO	Société suisse d'odontologie

A 1

1^{re} partie

Généralités sur le droit aux mesures médicales de l'AI

Chapitre 1

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

1.1 Notions et principes

- 1 Les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans révolus ont droit, sans égard aux futures possibilités de réadaptation à la vie professionnelle (art. 3 et 8, al. 2, LPGA; art. 13 LAI), aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales, conformément à l'art. 2, al. 2 et 3, OIC. Un droit éventuel à une rente ne s'oppose pas au droit à des mesures médicales au sens de l'art. 3 LPGA en corrélation avec l'art. 13 LAI.
- 2 L'AI ne peut cependant octroyer des prestations en vertu des l'art. 3 LPGA et 13 LAI que s'il s'agit d'infirmités congénitales figurant dans l'annexe de l'OIC, ou désignées comme telles par le Département fédéral de l'intérieur en vertu de l'art. 1, al. 2, OIC.
- 3 Pour les demandes concernant des infirmités congénitales évidentes mais ne figurant pas dans l'annexe de l'OIC, les offices AI doivent soumettre le dossier à l'OFAS. En ce qui concerne les syndromes, voir toutefois les ch.m. 6 et 10.
- 4 Les infirmités congénitales au sens de l'AI sont des infirmités qui existent à la naissance accomplie. La naissance est réputée accomplie lorsque le corps de l'enfant vivant est complètement sorti de celui de la mère. 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 accomplie¹.

- 5 Selon l'annexe de l'OIC, certaines affections ne sont toutefois considérées comme des infirmités congénitales que si les symptômes essentiels qui les caractérisent sont apparus dans un laps de temps déterminé (ch. 282, 329, 404, 451, 467, 495, 497, 498 OIC). Peu importe que le diagnostic décisif fondé sur ces symptômes n'ait été posé que plus tard.
Exception: ch. 404 OIC².

Exemple:

Le diabète sucré d'un nourrisson de 8 semaines peut être reconnu comme infirmité congénitale au sens du ch. 451 OIC s'il est prouvé que, déjà pendant les 4 premières semaines de la vie, il y avait une élimination de sucre par l'urine.

- 6 Les affections qui ne sont pas susceptibles d'être soignées par l'application d'un traitement scientifiquement reconnu ne figurent pas sur la liste²⁶. Cependant, elles peuvent parfois, comme c'est le cas pour la trisomie 21 par exemple, ouvrir le droit à d'autres prestations (mesures de réadaptation d'ordre professionnel, moyens auxiliaires ou rente). Néanmoins, si certains symptômes remplissent les critères d'une infirmité congénitale, ils peuvent être pris en charge sous le couvert du chiffre de ladite infirmité congénitale (p.ex.: malformation cardiaque en cas de trisomie 21).

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, 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 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 Certaines infirmités congénitales présentent des symptômes multiples (infirmités polysymptomatiques; p.ex. trisomie 21) qui sont tous causés par la même affection, laquelle cependant n'est pas susceptible d'être traitée comme telle. En pareil cas, l'AI ne peut accorder les mesures médicales propres au traitement de symptômes isolés de cette infirmité congénitale que si les conditions particulières requises pour le traitement de chacun d'eux sont remplies (voir également ch.m. 6).
- 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 (cf. ch.m. 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 secondaire³.

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. La correction d'une anomalie de réfraction provoquée par une dysostose (ch. 123 OIC) peut être prise en charge par l'AI indépendamment de l'existence des conditions particulières énumérées sous le ch. 425 OIC.

- 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 (voir ch.m. 51). La prise en charge du risque de réadaptation selon l'art. 11, al. 1, LAI demeure réservé (ch.m. 1100 ss).
- 13 *Si l'existence d'une infirmité congénitale figurant dans l'OIC complique par un effet direct l'application d'un traitement dentaire*, les frais de la narcose nécessaire peuvent être pris en charge par l'AI, mais non ceux du traitement dentaire. En règle générale, un tel traitement sous narcose n'est possible qu'en clinique. Voir aussi ch.m. 403.2.

1.3 Début et durée du droit

- 14 Les assurés ont droit aux mesures médicales au sens des art. 3 LPGA et 13 LAI dès 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. Le traitement médical doit être accordé aussi longtemps qu'il est indiqué et que le rapport entre les chances de succès et le coût du traitement reste acceptable. Le respect de cette exigence doit être contrôlé à intervalles raisonnables. Lorsque cela se justifie en

raison de l'infirmité ou de la mesure thérapeutique, la durée des prestations doit être limitée.

- 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. 3 OIC). 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-maladie⁴ (voir ch.m. 73 ss).

1.4 Contrôles médicaux

- 16 Les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale reconnue comme telle (en particulier en cas de malformations cardiaques) qui, à part les contrôles, ne nécessite pas encore de mesure médicale particulière ou que l'on ne peut pas encore véritablement traiter, font partie du traitement de l'infirmité congénitale. La fréquence de tels contrôles de surveillance doit être maintenue dans des limites raisonnables. Demeurent réservés les ch.m. 18 s. et 494.
- 17 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, aucun contrôle subséquent ne peut être pris en charge au-delà du terme fixé. Ceci toutefois sous réserve qu'on ne constate pas une autre infirmité congénitale. Lorsque la personne assurée atteint sa majorité, c'est l'art. 3 OIC qui est applicable (voir ch.m. 15).

Exemple:

Si l'assuré souffre de l'infirmité congénitale du ch. 494 OIC, l'assurance ne peut plus prendre en charge les contrôles et les traitements, y compris l'octroi de médicaments, après que le poids de 3000 grammes a été atteint.

1.5 Cas particuliers

- 18 Pour certaines infirmités qui se présentent aussi bien sous une forme légère que grave, l'AI n'assume les frais en vertu de l'art. 2, al. 2, OIC que si un traitement particulier mentionné dans la liste des infirmités congénitales (opération, appareillage, traitement par appareil plâtré, traitement hospitalier ou exsanguino-transfusion) est nécessaire (appareillage, voir ch.m. 177.2).
- 19 Si tel est le cas, l'assurance prend à sa charge l'ensemble du traitement de l'infirmité à partir du moment où commence le traitement particulier. Ce moment doit être fixé dans la décision. Voir aussi les ch.m. 208 à 210.1.
- 20 Font également partie du traitement particulier de l'infirmité toutes les mesures médicales en rapport direct avec celui-ci, telles que des radiographies avant une ostéotomie (ch. 171 OIC), la pose de cathéters pour des exsanguino-transfusions (ch. 325 OIC), etc.
- 21 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 à 210 OIC) ni celui d'une

mycose du pied avant la pose d'un plâtre de redressement (ch. 177 ou 182 OIC).

- 22 Certaines affections ne peuvent être considérées comme des infirmités congénitales que lorsque les symptômes caractéristiques de cette affection apparaissent chez le nouveau-né (voir ch. 211, 277, 321, 325, 329, 382 et 491 OIC). *Sont réputés nouveau-nés les enfants jusqu'à et y compris la 4^e semaine de la vie.*

Exemple:

L'épulis d'un nouveau-né ne peut pas être reconnue comme infirmité congénitale au sens du ch. 211 OIC si les symptômes apparaissent après la 4^e semaine de la vie.

1.6 Modifications de l'OIC

- 23 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.
- Pour les infirmités qui ont été biffées de la liste ou auxquelles des critères limitatifs ont été apportés, il faut d'office procéder à une révision lorsque des mesures ont déjà été accordées pour une durée dépassant la date de la modification de l'ordonnance. Une éventuelle décision limitant ou supprimant le droit aux prestations ne peut avoir un effet que pour l'avenir, toutefois son effet ne peut être reporté que 3 mois au plus tard après la modification de l'ordonnance.
- 24 à 29 [supprimé]

Chapitre 2

Droit aux mesures médicales de réadaptation selon l'art. 12 LAI

Conditions d'octroi

2.1 Principe

- 30 L'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels (voir aussi ch.m. 35), ou à la préserver d'une diminution notable (art. 12, al. 1, 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.
Il convient de relever que l'assurance-maladie intervient aussi subsidiairement dans le cadre de l'art. 12 LAI, par exemple lorsque les conditions d'assurance pour un droit aux prestations de l'AI ne sont pas réunies.
- 32 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.
La mesure médicale ne peut pas être prévue pour une longue durée indéterminée. Il ne doit pas y avoir d'affections secondaires importantes susceptibles de leur côté de diminuer la capacité de gain (voir aussi ch.m. 35)²⁷.
L'amélioration de la capacité de gain doit être importante et durable.
La mesure médicale doit pouvoir se fonder sur un pronostic favorable.

La mesure médicale doit être nécessaire, reconnue du point de vue scientifique, simple et adéquate, c'est-à-dire qu'elle doit être économiquement raisonnable. Les infirmités congénitales de peu d'importance ne permettent pas de fonder un droit à des prestations. 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.

2.2 L'invalidité

- 33 Il y a invalidité lorsqu'une atteinte à la santé physique, comportementale ou psychique provoque une incapacité de gain présumée de longue durée (art. 8, al. 1, LPGA; art. 4, al. 1, LAI; Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence). Une pleine capacité de travail exclut l'invalidité.
- 34 [supprimé]
- 35 On admet une incapacité de gain lorsque l'atteinte à la santé est probablement de nature à limiter l'aptitude à suivre une scolarisation et/ou une formation et à diminuer par conséquent la future capacité de gain (art. 8, al. 2, LPGA; art. 5, al. 2, LAI).
- 36 [supprimé]
- 37 [supprimé]

2.3 Correction de séquelles stabilisées ou de troubles fonctionnels

2.3.1 Généralités

- 38 Les mesures médicales 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 (art. 2, al. 1, RAI).

- 39 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) stabilisées⁶.
- 40 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.
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. 3 LPGA, l'art. 13 LAI et le ch.m. 5 – de prophylaxie systématisée⁷.
- 41 Pour déterminer si l'on se trouve en présence de séquelles stabilisées au sens du ch.m. 39 ou bien du traitement de l'affection comme telle ou d'un état pathologique labile, il faut tenir compte de l'état de santé dans son ensemble au moment de l'application de la mesure requise.
- 42 La pathogénèse 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. 3 LPGA, de l'art. 13 ou de l'art. 12 LAI⁸.

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

- 43 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.
- 44 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 (voir également ch.m. 40).
- Les cas suivants constituent, par exemple, des traitements de l'affection comme telle:
- 45 – les mesures dont on avait déjà reconnu la nécessité future comme probable durant le traitement de la maladie ou de l'accident. Pour les paralysies, voir ch.m. 60 ss;
- 46 – le traitement d'un symptôme stabilisé d'une maladie qui continue à évoluer et qui reste donc labile;
- 47 – la physiothérapie nécessitée par des paralysies, tant et aussi longtemps qu'une respiration artificielle ou des traitements internes de thromboses ou d'embolies pulmonaires doivent être effectués. Pour la physiothérapie de durée indéterminée, voir également ch.m. 65;
- 48 – 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 dans la mesure où l'amputation devient néces-

saire avant tout pour permettre l'exercice d'une activité professionnelle ou l'accomplissement des travaux habituels;

- 49 – 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 Si plusieurs mesures médicales sont appliquées simultanément, la mesure prépondérante est déterminante (voir également ch.m. 46 et 76)⁹.
- 51 Lorsqu'un acte médical ne peut pas être classé indubitablement dans l'un des groupes mentionnés sous les ch.m. 33 et 40, parce que l'on se trouve en présence d'un état relativement stabilisé mais que celui-ci comporte aussi des éléments caractéristiques du traitement de l'affection comme telle, les conditions de l'art. 12 LAI doivent être considérées comme remplies si le caractère de réadaptation est *manifestement* prépondérant.
- 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 (art. 2, al. 5 RAI).
- 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.

2.3.3 Mesures prophylactiques de réadaptation

- 54 L'AI peut exceptionnellement prendre en charge des mesures médicales de réadaptation selon 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. 8, al. 2, LPGA; art. 5, al. 2, LAI). 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.m. 63¹⁰.

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.

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

2.4.1 Début de la réadaptation médicale

2.4.1.1 En général

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.

2.4.1.2 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 la personne assurée 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 douleurs 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.

2.4.1.3 Début du droit aux prestations en particulier lors de paralysies

- 60 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.m. 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 (art. 2, al. 2, RAI).

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.m. 77, et pour les mesures thérapeutiques de durée indéterminée, cf. ch.m. 65.

2.4.2 Durée de la réadaptation médicale

2.4.2.1 Généralités

- 62 Les mesures médicales de réadaptation selon l'art. 12 LAI sont en principe des actes uniques ou limités dans le temps, jusqu'à la vingtième année révolue de l'assuré (voir aussi le ch.m. 65).
- 63 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 qu'elles ne sauraient être requises indéfiniment (voir ch.m. 54)¹¹. Il faut encore que le pronostic favorable soit établi avec une vraisemblance suffisante.

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

- 64 Dans les cas de paralysies et d'autres troubles fonctionnels de la motricité qui peuvent être pris en charge conformément à l'art. 12 LAI (voir ch.m. 60 ss), les mesures physiothérapeutiques (à l'exception de celles qui visent

les affections secondaires telles que les affections des reins et de la vessie ou des 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 à accomplir des travaux habituels (p.ex.: le ménage) doit être, selon toute probabilité, importante et durable (cf. ch.m. 65 et 67 ss).

65 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 en corrélation avec l'art. 2, al. 3, RAI¹².

66 [supprimé]

2.5 Répercussion indispensable sur la capacité de gain, la formation professionnelle ou la capacité d'accomplir des travaux habituels

67 La prise en charge des mesures médicales de réadaptation par l'AI présuppose qu'elles pourront vraisemblablement améliorer de façon durable et importante la capacité de gain de l'assuré ou la préserver d'une diminution notable. A cet égard, il faut tenir compte de toute la durée d'activité à laquelle on peut s'attendre selon les données statistiques.

68 [supprimé]

69 Il faut tenir compte de l'ensemble de l'état de santé pour apprécier la durée et l'importance du succès escompté de la réadaptation (voir aussi ch.m. 40).

70 [supprimé]

- 71 Dans les cas de paralysies, 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 (cf. aussi ch.m. 65).
- 72 [supprimé]
- 73 [supprimé]
- 74 [supprimé]
- 75 Les infirmités auxquelles l'OIC n'accorde, dans certaines conditions, qu'une importance mineure (p. ex. 205 ss OIC, n° 18f) ne peuvent fonder l'octroi de prestations visées à l'art. 12 LAI.

2.6. 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 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 également les ch.m. 645–647.1 ss.
- Les mesures médicales qui ne relèvent pas de l'art. 12 LAI ne peuvent pas être prise en charge au titre de mesures de réadaptation professionnelle, même si ces mesures médicales (p.ex. psychothérapie) complètent des mesures professionnelles (de façon importante).

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

- 77 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.
- 79 Si une personne assurée auprès de l'assurance-accidents obligatoire demande des prestations à l'AI quand bien même elle n'a droit à aucune mesure médicale, il faut faire appel aux conseillers en réadaptation professionnelle de l'office AI compétent afin que celui-ci puisse prendre contact en temps voulu avec la personne assurée et son employeur et examiner la nécessité de mesures professionnelles (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 paralysies irréversibles, l'AI doit accorder des prestations selon les ch.m. 60 ss.

2.8 Etendue des prestations dans le cadre de l'art. 12 LAI

- 81 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 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'Al. Il faut en conclure que, au cas où l'Al a reconnu une opération à effectuer en milieu hospitalier au titre de mesure médicale de réadaptation, le devoir de prestations de l'assurance prend en règle générale naissance au moment où la personne assurée est admise à l'hôpital.

Font toutefois exception les mesures requises par l'intervention (déjà décidée) qui, pour des raisons d'organisation ou tout autre motif, ne sont pas appliquées en milieu hospitalier. Il s'agit par exemple de la biométrie (qui fournit des informations sur le cristallin à implanter) lors d'opérations de la cataracte et des examens internes liés à l'opération (examen portant sur le caractère opérable de la lésion).

82 En cas d'opération de la cataracte ambulatoire, un contrôle effectué immédiatement avant l'intervention (de 1 à 3 jours) peut aussi être pris en charge. Cette consultation ophtalmologique englobe en règle générale la mesure de la tension intra-oculaire et les médicaments non stéroïdiens qui traitent les inflammations.

83 à 100 [supprimé]

2^e partie

Obligation de verser des prestations pour certaines infirmités et selon le genre des mesures

La systématique appliquée aux deux premiers chapitres correspond à la systématique de la statistique des infirmités de l'AI qui, elle-même, reprend pour les infirmités congénitales les chiffres d'infirmités figurant dans l'annexe à l'OIC.

Chapitre 1

Particularités des infirmités congénitales

1.1 Peau

Ptérygion et syndactylies cutanées

- 102 Le ch. 102 OIC comprend les ptérygions du cou, de l'aisselle, du coude et des doigts (membrane cutanée entre les doigts). Le ptérygion des orteils est en général de peu d'importance.
Le ptérygion de l'oeil (plis triangulaires de la conjonctive dans la région de la paupière) constitue en revanche une atteinte dégénérative acquise.

Kystes dermoïdes congénitaux de l'orbite, de la racine du nez, du cou, du médiastin et du sacrum

- 103 La limitation à des régions déterminées du corps permet d'exclure les kystes dermoïdes de peu d'importance. Les kystes dermoïdes des ovaires et des testicules doivent être classés dans les tératomes (ch. 486 OIC).

Naevus congénitaux, lorsqu'un traitement est nécessaire en raison d'une dégénérescence maligne ou lorsqu'une simple excision n'est pas possible en raison de la grandeur ou de la localisation

- 109 Le naevus doit déjà être présent à la naissance. Les naevus vineux peuvent aussi être classés sous ce chiffre. Ni l'excision chirurgicale en deux ou plusieurs étapes ni un traitement indispensable des naevi vineux au laser ne sont considérés comme de simples excisions.

Amastie congénitale et athélie congénitale

- 113 L'aplasie du muscle pectoral dans le cas d'un syndrome de Poland est à classer sous le ch. 190 OIC.
Une micromastie ne saurait être reconnue comme une infirmité congénitale relevant du ch. 113 OIC.

1.2 Squelette

Dysostoses congénitales

- 123 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.
La tumeur à myélopaxes du nouveau-né (ou tumeur à cellules géantes ou tumeur brune ou myélopaxome ou ostéoclastome), située sur le rebord alvéolaire, en général au maxillaire supérieur, est une infirmité congénitale relevant du ch. 491 OIC.

Malformations vertébrales congénitales (vertèbre très fortement cunéiforme, vertèbres soudées en bloc tels que syndrome de Klippel-Feil, vertèbres bifides, aplasiques ou très fortement dysplasiques)

- 152 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 aussi ch. 381 OIC).

Déformations congénitales latérales de la paroi thoracique, lorsqu'une opération est nécessaire

- 167 Il s'agit de malformations congénitales de la paroi thoracique latérale telles que, par exemple, l'absence de plu-

sieurs côtes successives ou la formation de renflements gênants sur les côtes, etc.

Coxa antetorta ou retortorta congénitale, lorsqu'une opération est nécessaire

- 171 L'indication du traitement opératoire de la coxa antetorta s'appuie, en particulier, sur des critères cliniques (angle réel d'antétorsion). La limite supérieure de l'angle réel d'antétorsion peut être située, *une fois la croissance terminée*, à environ 35°. Une ostéotomie de dérotation est indiquée lorsqu'on ne décèle aucune tendance à la régression spontanée jusqu'au moment qui suit la première période de dérotation (entre 6 et 8 ans) ou lorsque l'angle d'antétorsion est de 50° ou plus à l'âge de 10–12 ans.

Pseudarthroses congénitales des extrémités

- 172 La pseudarthrose de la clavicule est une dysostose qui peut être prise en charge dans le cadre du ch. 123 OIC.

Amélies, dysméliés et phocoméliés

- 176 Les rares cas de malformations sirénoïdes peuvent être classées sous le ch. 176 OIC.

Autres défauts congénitaux et malformations congénitales des extrémités, lorsqu'une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré 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 peuvent pas non plus être re-

connues comme infirmités congénitales des affections telles que le digitus superductus, l'hallux valgus, 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.

- 177.2 Les traitements par appareils au sens du ch. 177 OIC 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. Les supports plantaires de quelque nature qu'ils soient ne peuvent pas être assimilés à des appareils orthopédiques au sens de l'OIC.
- 177.3 Après avoir été traité avec succès par opération, appareillage ou plâtre, l'assuré peut avoir droit à des supports plantaires dans la mesure où 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 et ne peuvent pas non plus être prises en charge sur la base de l'art. 12 LAI. En cas de syndrome de Poland, les malformations squelettiques peuvent éventuellement être jugées sous l'angle du ch. 177 OIC.
- 177.5 Les kystes osseux et les nécroses osseuses aseptiques (p.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. 3 LPGA, art. 13 LAI. Le ch. 461 OIC demeure réservé.

- 177.6 Les infirmités congénitales qui relèvent en elles-mêmes d'une autre infirmité congénitale de ce chapitre (chapitre II de l'annexe de l'OIC) 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.

1.3 Articulations, muscles et tendons

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'Al.

Luxation et dysplasie congénitale de la hanche

- 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
 - Ila+: Retard de maturation
 - Ila-: Dysplasie: déficit de maturation survenu à moins de 3 mois
 - Ilb: Retard d'ossification survenu à plus de 3 mois
 - Ilc: Dysplasie: risque de luxation
 - D: Dysplasie: début de luxation
 - III: } Hanche luxée
 - IV: }

- 183.3 Une infirmité congénitale au sens du chiffre 183 OIC peut être reconnue par ultrasonographie:
- à la naissance, si l'on est en présence d'une infirmité de type IIc ou d'une infirmité plus grave selon la classification de Graf ou lorsque l'ultrasonographie permet de détecter une instabilité,
 - à un stade plus avancé, pour une infirmité de type IIa ou pour une infirmité plus grave.
- 183.4 *Si, à la naissance, les hanches ne sont pas normales, mais ne présentent pas une anomalie du type IIc ou plus grave, on parle de type IIa. La nécessité d'un traitement dépend alors de l'évolution ultérieure des hanches. Si un examen ultrasonographique ultérieur fait apparaître une détérioration allant dans le sens IIa ou pire, la nécessité du traitement est prouvée et on se trouve par conséquent en présence d'une infirmité congénitale au sens du ch. 183 OIC. Le diagnostic, voire la nécessité du traitement découle donc dans ces cas de l'évolution ultérieure. L'AI peut rembourser au maximum deux examens ultrasonographiques dont le but est de reconnaître l'infirmité ou d'établir le diagnostic. Les résultats de l'examen ultrasonographique doivent être transmis à l'office AI.*
- 183.5 Si une infirmité congénitale selon le ch. 183 OIC n'est pas démontrée, les ultrasonographies doivent être classifiées comme dépistage et ne sont pas remboursables par l'AI.
- 183.6 Dans les cas de hanches non décentrées et stables, il est recommandé d'effectuer un contrôle ultrasonographique toutes les quatre à six semaines. Dans les cas de hanches décentrées ou instables, des contrôles plus fréquents peuvent s'avérer nécessaires. Dans certains cas, d'autres méthodes d'imagerie médicale plus poussées peuvent s'avérer nécessaires. Si une guérison complète est anatomiquement atteinte, les éventuels contrôles suivant ne sont plus à la charge de l'AI.

- 183.7 Lors du premier examen ultrasonographique, les articulations des hanches sont toujours contrôlées des deux côtés. Si les hanches sont contrôlées en même temps par ultrasonographie, la position tarifaire concernée est à décompter deux fois. Par la suite, les examens ultrasonographiques bilatéraux ne peuvent être remboursés que lorsque les deux hanches sont concernées.

Dystrophie musculaire progressive et autres myopathies congénitales

- 184 Les myotonies congénitales et les dystrophies myotoniques peuvent également être classées dans cette catégorie. Les matelas anti-escarres peuvent être pris en charge en tant qu'appareils de traitement.

Aplasie et très forte hypoplasie des muscles striés

- 190 En cas de syndrome de Poland, les aplasies musculaires peuvent être prises en charge dans le cadre du ch. 190 OIC (voir aussi ch.m. 10 et 177).
L'hypoplasie circonscrite du muscle transverse de l'abdomen dans la région du «point faible» de la paroi (lieu d'élection pour le passage de la hernie inguinale directe, qui doit être considérée comme une affection acquise) n'est pas plus considérée comme une infirmité congénitale qu'une lacune ou une faiblesse de la ligne blanche qui peut favoriser la formation d'une hernie épigastrique.

Ténosynovite sténosante congénitale

- 191 Elle se manifeste par la position en flexion fixée de la phalange distale du pouce (parfois aussi du majeur) qui existe déjà chez le nourrisson ou le petit enfant. L'atteinte bilatérale parle toujours en faveur de l'existence de la forme congénitale de cette affection.
La forme acquise est caractérisée par le phénomène du doigt à ressort. Cependant, on ne l'observe le plus sou-

vent que chez l'adulte. C'est la conséquence d'une maladie acquise telle que, par exemple, le rhumatisme.

Pied plat congénital, lorsqu'une opération ou un traitement par appareil plâtré est nécessaire

193 Le pied plat congénital (talus verticalis) est une malformation rare, généralement unilatérale, qui est déjà marquée de façon nette chez le nourrisson. Un examen radiologique permet de la distinguer du pied plat valgus acquis (talus valgus). 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 de l'infirmité congénitale du ch. 193 OIC:

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 astragalo-scaphoïdienne.

Luxation congénitale de la rotule, lorsqu'une opération est nécessaire

195 Il s'agit d'une affection rare qui apparaît dans le cadre de certains syndromes (p.ex. syndrome de Rubinstein-Taybi) ou de manière isolée. Le diagnostic n'est le plus souvent pas posé à la naissance mais seulement au cours de la petite enfance.

1.4 Face

- 201–210 *Les soins dentaires après des traitements d'orthopédie dento-faciale*
Lorsqu'un appareil fixe est posé et que les soins dentaires ne peuvent plus être suffisamment prodigués, le nettoyage dentaire et le détartrage font partie du traitement et peuvent être facturés à l'AI au maximum quatre fois par an.
- 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).
- 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. L'AI n'est pas tenue à des prestations lorsque, d'une manière ou d'une autre, elles doivent être arrachées que ce soit pour des motifs parodontologiques ou en raison de caries.
- 1/05 Dans la notice «Informations pour les dentistes concernant l'assurance-invalidité», les remarques sont à prendre en considération; elles font partie de la circulaire.
- 1/03 **Dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins 12 dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteintes, en cas d'odontodysplasie (ghost teeth), il suffit qu'au moins deux dents soient atteintes dans un quadrant**
- 205 L'amelogenesis imperfecta, la dentinogenesis imperfecta et la dysplasie dentaire entrent par exemple aussi dans la catégorie visée sous ce chiffre. L'absence d'ébauches de dents permanentes compte comme des dents atteintes.
Les cas fortement atteints comprennent une dysplasie où la dent s'effrite. Le traitement des caries est exclu;

pour l'odontodysplasie il s'agit exclusivement d'anomalies substantielles.

Hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessite un traitement au moyen d'appareils

- 207 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.

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

- 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. Le devoir de prestations de l'AI débute au 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 SSO 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 la personne assurée 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 (tels que modèles d'études avec marques d'occlusion) 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.

208–210.4 En présence de combinaisons (ANB et angle maxillo-basal), la reconnaissance d'une infirmité congénitale relevant du ch. 210 OIC n'impose pas de plus l'existence de 2 paires de dents antagonistes antérieures de la seconde dentition en position d'occlusion croisée.

208–210.5 Durant l'apparition de la seconde dentition frontale, les angles ne peuvent pas être mesurés avec exactitude. Selon la SSO, 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 est indispensable.

208–210.6 La thérapie myofonctionnelle n'est pas reconnue comme mesure scientifiquement prouvée pour le traitement des anomalies de la mâchoire. La méthode «Invisalign» (provenant des USA) n'est pas prise en charge par l'assurance-invalidité.

Macroglossie et microglossie congénitales, lorsqu'une opération de la langue est nécessaire

214 L'opération n'est indiquée chez le nourrisson que si la langue hypertrophiée provoque des troubles de la respiration ou de la déglutition. Lorsque ce sont des troubles de l'articulation ou 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 ou en phoniatrie.

En ce qui concerne l'examen d'orthopédie dento-faciale, les ch. 208 à 210.2 et 3 sont applicables.

Rétention ou ankylose congénitale des dents, lorsque plusieurs molaires ou au moins 2 prémolaires ou molaires de la seconde dentition adjacentes (à l'exclusion des dents de sagesse) sont touchées, l'absence de dents (à l'exclusion des dents de sagesse) est traitée de la même manière que la rétention ou l'ankylose

- 218.1 Le diagnostic doit être posé par un médecin-dentiste SSO. Lorsque la demande d'examen est transmise à ce dernier, les formules «Examen médico-dentaire» et «Examen d'orthopédie dento-faciale» peuvent être remboursées. Lorsque la personne assurée s'adresse directement à un médecin-dentiste SSO, seule la formule «Examen d'orthopédie dento-faciale» est remboursée.
- 218.2 Lorsqu'une infirmité congénitale est démontrée, l'Al 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).

1.5 Poumons

Bronchectasies congénitales

- 241 Leur existence doit être démontrée par une bronchographie.

Emphysème lobaire congénital

- 242 Les sténoses congénitales des bronches, qui se manifestent le plus souvent sous la forme d'emphysèmes lobaires, peuvent être classées sous ce chiffre.

Séquestration pulmonaire congénitale

- 245 Il faut admettre l'existence d'une séquestration pulmonaire congénitale lorsque ses symptômes se manifestent durant la première année de la vie ou lorsque l'affection est la conséquence immédiate d'une malformation cardiaque congénitale (ch. 313 OIC). Les séquestrations pulmonaires idiopathiques qui apparaissent plus tard ne constituent pas des infirmités congénitales.

Syndrome des membranes hyalines

- 247.1 L'expression «syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né» désigne les troubles respiratoires du nouveau-né qui exigent un traitement et des soins intensifs en clinique. Ils peuvent être d'origines diverses. Cependant, ne peuvent être classés sous le ch. 247 OIC que les cas de détresse respiratoire du nouveau-né dus à des membranes hyalines.
- 247.2 Tous les autres cas de détresse respiratoire congénitale pour lesquels un traitement intensif, des soins et une surveillance sont nécessaires sont compris sous le ch. 497 OIC.
- 247.3 Si, après un syndrome des membranes hyalines, il faut compter avec un haut risque d'apnée, l'AI peut prendre en charge le monitoring nécessaire à la maison.
- 247.4 La mort subite du nourrisson (SIDS) ne constitue pas une affection figurant dans l'OIC et ne peut pas être prise en charge par l'AI.

- 247.5 Le syndrome des cils immobiles (dyskinésie primaire des cils) relève du ch. 49 OIC.

1.6 Œsophage, estomac et intestins

Anomalies du situs intestinal, à l'exclusion du caecum mobile

- 276 Le prolapsus anal et la hernie ne sont pas considérés comme des anomalies du tractus intestinal.

Ileus du nouveau-né

- 277 Lorsqu'un iléus sur bride survient chez un nouveau-né (cf. ch.m. 22), il peut être pris en charge sous ce chiffre.

Aganglionose et anomalies des cellules ganglionnaires du gros intestin ou de l'intestin grêle

- 278 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 ce régime à titre forfaitaire (indemnités de nourrice, frais de location d'une pompe à lait, frais de transport), à condition que l'enfant ne se trouve pas déjà dans un établissement hospitalier. L'OFAS fixe ce forfait et le publie dans la Pratique VSI. Ces prestations prennent fin au plus tard au moment de l'opération.

Coeliakie consécutive à l'intolérance congénitale à la gliadine

- 279 Une coeliakie doit être confirmée par une biopsie de l'intestin grêle.
Lorsque la biopsie de l'intestin grêle n'est pas possible, une infirmité congénitale peut être reconnue si les critères suivants sont remplis:

- anamnèse et clinique caractéristiques,
- anticorps antigliadine IgA et IgG et anticorps anti-endomysium et anti-transglutaminase positifs, compte tenu que le dernier surtout doit être positif,
- pas de carence sélective d'IgA (dans un tel cas la sérologie ne fait pas foi).
- baisse évidente, voire disparition des anticorps anti-gliadine lors d'un régime sans gluten.

L'Al accorde un forfait pour les frais supplémentaires causés par le régime sans gluten, ordonné et contrôlé par le médecin (voir l'annexe 2, supplément 2).

Par contre, elle ne peut pas prendre en charge des produits diététiques figurant dans l'annexe 2, supplément 1.

Le montant et la durée des prestations doivent être fixés dans la décision.

Reflux gastro-oesophagien congénital, lorsqu'une opération est nécessaire

280

Il faut admettre l'existence d'un reflux gastro-oesophagien congénital lorsque, chez un nourrisson qui vomit régulièrement après chaque repas depuis sa naissance, on diagnostique radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà du premier mois de la vie.

1.7 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 aussi le ch.m. 10.

1.8 Paroi abdominale

Omphalocèle et hernie inguinale latérale

- 302 Omphalocèle et laparoschisis : hernie ombilicale et fente para-ombilicale. Une hernie ombilicale n'est pas identique à une omphalocèle et ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de la LAI.
- 303 Hernie inguinale congénitale : en revanche, une hernie inguinale médiane est une affection acquise et ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de la LAI.

1.9 Cœur, vaisseaux et système lymphatique

Malformations congénitales du cœur et des vaisseaux

- 313 Les cardiomyopathies obstructives congénitales et les troubles du rythme congénitaux (tels que Romano-Ward, Jervell-Lange-Nielsen, Wolff-Parkinson-White) font partie des infirmités du ch. 313 OIC.
Les assurés qui souffrent indéniablement d'une malformation cardiaque ne nécessitant toutefois pas encore de traitement à proprement parler ont droit à la prise en charge des contrôles médicaux nécessaires. L'hypertension pulmonaire primitive ne peut pas être reconnue comme infirmité congénitale. Une prophylaxie de l'endocardite n'est pas à la charge de l'Al.

1.10 Sang, rate et système réticulo-endothélial

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

- 323 La méthémoglobinémie enzymopénique congénitale entre dans la catégorie du ch. 323 OIC.

**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 hémophiles. 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 Dans le cas d'enfants hémophiles, les protections articulaires sont prises en charge au titre de moyens auxiliaires (voir ch.m. 15.09 OMAI).
Pour les cas de SIDA consécutifs à un traitement de l'hémophilie, voir ch.m. 1101.

**Hyperbilirubinémie du nouveau-né de causes
diverses, lorsqu'une exsanguino-transfusion a été
nécessaire**

- 325.1 Les injections qui sont utilisées pour bloquer les anticorps anti-rhésus-positif qui, en cas d'incompatibilité rhésus, circulent après le premier accouchement dans le sang d'une mère, ne sont pas à la charge de l'AI, étant donné que l'art. 3 LPGA, art. 13 LAI en corrélation avec le ch. 325 OIC ne donne droit qu'au traitement de l'anémie hémolytique du *nouveau-né*. Une infirmité congénitale au sens du ch. 325 ne peut être reconnue qu'après une transfusion *extra-utérine*.
- 325.2 Une exsanguino-transfusion est habituellement indiquée lorsque le taux de bilirubine dans le sérum sanguin augmente rapidement au cours des premiers jours de la vie ou lorsqu'il se trouve déjà à plus de 20 mg/dl.
- 325.3 L'AI reconnaît la photothérapie comme mesure médicale (art. 2, al. 3, OIC). Elle la rembourse lorsqu'elle s'avère nécessaire au traitement d'une infirmité congénitale figurant dans l'annexe de l'OIC. Elle ne saurait

cependant remplacer une exsanguino-transfusion (ch. 325 OIC) si celle-ci est nécessaire.

L'application prophylactique d'une photothérapie visant à atténuer l'augmentation du taux de bilirubine n'est pas remboursée par l'Al.

Immunodéficiences congénitales et acquises

- 326.1 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.
- 326.2 Les anomalies congénitales qualitatives des granulocytes neutrophiles entrent dans le cadre du ch. 326 OIC.
- 326.3 Les infections à VIH congénitales entrent dans le cadre des infirmités du ch. 490 OIC.

1.11 Système uro-génital

Glomérulopathies et tubulopathies congénitales

- 341.1 Entrent notamment dans cette catégorie les néphrites héréditaires (p.ex. syndrome d'Alport), le syndrome néphrotique congénital, la néphronophtise, le syndrome néphrotique familial lorsque les parents sont du premier degré (pères, mères, frères et soeurs), 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.

Ne constituent pas des infirmités congénitales au sens du ch. 341 OIC 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 (p.ex. l'hématurie familiale bénigne, l'hématurie isolée), les tubulopathies transitoires, les tubulopathies toxiques, les hypercalcé-

mies asymptomatiques moyennes sans formation de calculs (la seule hématurie ne suffit pas), etc.

- 341.2 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).
- 341.3 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.

Cryptorchidie (unilatérale ou bilatérale), lorsqu'une opération est nécessaire

- 355 L'AI ne prend pas en charge le traitement de la cryptorchidie qui est entrepris avant l'opération. Par contre, lorsqu'une exploration opérative révèle une cryptorchidie importante, l'AI prend en charge les éventuelles injections de gonadotrophine.

1.12 Système nerveux central, périphérique et autonome

Malformations du système nerveux et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myélo-méningocèle, hydromyélie, méningocèle, diastématomyélie et tethered cord)

- 381.1 Le spina bifida occulta et le porus sacralis n'entrent pas dans le cadre du ch. 381 OIC (voir également le ch. 152 OIC).

381.2 [supprimé]

Médulloblastome, épendymome, gliome, papillomes des plexus choroïdes et chordome

384 Les connaissances médicales permettent de conclure que, chez les assurés avant l'âge de 20 ans révolus, toutes les tumeurs du cerveau du ch. 384 OIC sont congénitales, c'est-à-dire qu'elles sont déjà ébauchées ou présentes à la naissance.

1/05 **Epilepsie congénitale (excepté les formes pour lesquelles une thérapie anti-convulsive n'est pas nécessaire ou seulement lors de crises.)**

A) Description de l'épilepsie congénitale

387.1 L'épilepsie, au sens de l'OIC, 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.

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

Ce sont:

387.3 – 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.

387.4 – 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 psychopathologiques (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.m. 7).

- 387.5 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.
- 387.6 En règle générale, seuls les événements exogènes postnatals graves, et de ce fait facilement démontrables, provoquent une épilepsie symptomatique acquise.
- 387.7 Les épilepsies photosensibles sans crises spontanées ont valeur d'infirmité congénitale au sens de l'OIC 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 et/ou sont accompagnés de phénomènes cliniques et/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

- 387.8 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.
- 387.9 Lorsqu'une épilepsie clinique a été prouvée et qu'une infirmité congénitale au sens du ch. 387 OIC a été reconnue par l'AI, les contrôles électroencéphalographiques ordonnés 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 antiépileptique en cas d'effets secondaires indésirables ou de certains syndromes particuliers d'épilepsie.
- 387.10 Lorsque, sans médication anti-épileptique depuis 2 ans, on constate une absence de crise comitiale ou la disparition des troubles psychopathologiques au sens des ch.m. 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 une récurrence.
- 387.11 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

- 387.12 Lorsque l'AI a refusé de reconnaître le droit aux mesures médicales en vertu du ch. 404 OIC (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^e année), et si ce même cas est présenté 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.
- 387.13 La situation est analogue lorsque l'AI a refusé des mesures médicales en vertu du ch. 403 OIC et qu'une nouvelle demande lui est présentée sur présomption d'épilepsie.

D) Marche à suivre dans les cas douteux ou litigieux

- 387.14 Lorsque se présentent des cas douteux ou litigieux d'épilepsie congénitale au sens de l'OIC, les offices AI peuvent ordonner une expertise médicale auprès de spécialistes en épileptologie. Dans chaque cas particulier, il faut déterminer si le dossier est suffisant ou si un examen de la personne assurée est nécessaire. Après consultation avec le SMR de l'office AI, l'expert décide de l'utilité de nouveaux examens EEG.
- 387.15 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

- 387.16 L'examen neuropsychologique ne fait pas partie des examens standards prévus pour les cas d'épilepsie. Il doit être ordonné par un neuropédiatre, un pédiatre ou un épileptologue 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. Il en va de même pour les contrôles du déroulement de la thérapie médicamenteuse.

Paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques [dystonique, choréo-athétosique] et ataxiques)

- 390.1 Les paralysies cérébrales ne représentent pas une pathologie unitaire, mais un complexe symptomatologique réunissant un groupe d'encéphalopathies statiques caractérisées par :
- des troubles neurologiques clairement définissables,
 - une spasticité,
 - une dyskinésie et une ataxie,
 - une apparition précédant la fin de la période néonatale,
 - l'absence d'une évolution,
 - souvent, des troubles associés tels que difficultés d'apprentissage, handicap mental, troubles de la vue ou épilepsie.

Les troubles moteurs congénitaux de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique doivent être reconnus comme infirmités congénitales. Les troubles associés tels que ceux mentionnés ne sont pas considérés en eux-mêmes, c.-à-d. sans les troubles moteurs ici décrits, comme des infirmités congénitales.

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

binski 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 et/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 l'assurance-invalidité, une hypotonie musculaire isolée ne fait pas partie des infirmités congénitales au sens du ch. 390 OIC. 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 si celle-ci n'a pas d'autre étiologie plus vraisemblable (trisomie 21 par exemple).
- 390.3 [supprimé]
- 390.4 [supprimé]
- 390.5 L'hippothérapie est une mesure médicale reconnue pour le traitement des paralysies cérébrales congénitales énumérées sous ch. 390 OIC. Les coûts de cette thérapie venant en complément de la méthode Bobath peuvent être pris en charge.

S'agissant des prestations de l'AI et des qualifications du personnel, les remarques suivantes doivent néanmoins 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. Toutes les autres formes, telle que l'équitation thérapeutique ou la thérapie équestre, ne constituent pas plus que par le passé des mesures de réadaptation de l'AI.
- Seuls des physiothérapeutes en possession d'un diplôme de thérapie Bobath et d'une formation complémentaire en hippothérapie peuvent appliquer une hippothérapie.

- 390.6 Les coûts des examens diagnostiques visant à établir l'étiologie ne sont pas pris en charge par l'AI.
- 390.7 Pour les infirmes moteurs cérébraux d'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.m. 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 2 ans, dans tous les autres cas au maximum à 90 jours sur une période de 2 ans.
- 390.8 Le traitement par toxine botulique (Botox®) peut être pris en charge par l'AI (cf. ch. 1208).

- 390.9
1/09 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.

Légers troubles moteurs cérébraux (symptômes neurologiques transitoires)

- 395 Sont considérés comme «légers troubles moteurs cérébraux» selon le ch. 395 OIC les symptômes neurologiques et les symptômes moteurs cérébraux transitoires chez l'enfant de moins de 2 ans: mouvements pathologiques (asymétrie, limitation de la variabilité), symptomatologie s'aggravant avec l'évolution (attitude asymétrique, opisthotonos, persistance des réflexes primitifs) et anomalies du tonus musculaire pouvant constituer un symptôme précoce d'une paralysie cérébrale. Attention: un trouble moteur cérébral pouvant être reconnu comme infirmité congénitale au sens du ch. 395 n'équivaut pas à un diagnostic de paralysie cérébrale (ch. 390 OIC). La physiothérapie et la surveillance médicale ne peuvent être prises en charge que jusqu'à l'âge de 2 ans.

Paralysies et parésies congénitales

- 397 Pour les muscles oculomoteurs, voir le ch. 428.

1.13 Maladies mentales et graves retards du développement

- 401 [supprimé]

Oligophrénie congénitale (seulement pour le traitement du comportement éréthique ou apathique)

- 403.1 Toute oligophrénie est réputée congénitale quand l'anamnèse ne révèle pas une encéphaloméningite ou un

traumatisme cranio-cérébral grave subi au cours de la petite enfance (période déterminante pour le développement du cerveau).

- 403.2 Pour les cas d'oligophrénie congénitale sans comportement éréthique ou apathique 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 narcose (voir ch.m. 13).
- 403.3 Il y a aussi oligophrénie congénitale lorsqu'elle ne présente 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 (p.ex. la trisomie 21). Pour qu'il y ait prise en charge de ces cas dans le cadre du ch. 403 OIC, il faut cependant que la condition du comportement éréthique ou apathique soit aussi remplie.
- 403.4 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 comportement apathique ou éréthique. Leur classement sous le ch. 404 OIC n'est pas admissible.
En règle générale, pour les cas d'oligophrénie, la psychothérapie n'est pas considérée comme une thérapie simple et adéquate (rapport investissement-gain).
- 403.5 Ces assurés sont souvent aussi retardés dans leur développement moteur. Une éventuelle thérapie de psychomotricité n'est pas prise en charge par l'AI (voir ch. 1043).

Troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (syndrome psycho-organique, psycho-syndrome dû

à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile)

- 404.1 L'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous le ch. 403 OIC. La reconnaissance simultanée du ch. 404 OIC est exclue.
- 404.2 Un syndrome psycho-organique (SPO) peut aussi bien être congénital (d'origine pré- ou périnatale) qu'acquis. Si le trouble est diagnostiqué et traité comme tel avant la fin de la 9^e année et si l'anamnèse ne révèle aucune maladie grave du cerveau ni aucun traumatisme crânio-cérébral grave, ce trouble est réputé congénital. Si l'on se trouve en présence d'un cas d'abandonnisme de la petite enfance, le pédopsychiatre décide si celui-ci doit être, ou ne pas être, désigné comme la cause de la symptomatologie. En cas de réponse affirmative, il n'y a pas d'infirmité congénitale.
- 404.3 Les troubles cérébraux congénitaux qui ne sont traités effectivement qu'après l'accomplissement de la 9^e 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 simplement fait valoir qu'un traitement eût été nécessaire déjà avant l'accomplissement de la 9^e année²³.
- 404.4 La «limite des 9 ans» n'est applicable qu'aux mesures médicales de l'AI de l'art. 3 LPGA, art. 13 LAI, ch. 404 OIC, mais en revanche pas aux autres mesures envisageables (p. ex. mesures d'ordre professionnel). D'autres critères s'appliquent à ces types de prestations.
- 404.5 Les conditions du ch. 404 OIC peuvent être considérées comme réunies si, avant l'âge de 9 ans, on constate au moins les troubles suivants:
- troubles du comportement dans le sens *d'une atteinte pathologique de l'affectivité* ou du contact
 - troubles des *pulsions*

- troubles de la *perception* (troubles perceptifs et cognitifs)
- troubles de la *concentration* et
- troubles de la *faculté d'attention*.

Ces symptômes doivent être démontrés *cumulativement*. Ils ne doivent cependant pas nécessairement apparaître simultanément mais ils peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Si, au jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans, seuls certains de ces symptômes sont médicalement attestés, les conditions du ch. 404 OIC ne sont pas remplies. Les SMR des offices AI doivent vérifier de manière critique et sérieuse si les critères requis sont effectivement remplis. Si nécessaire, il faut avoir un avis d'experts externes.

- 404.6 Les premiers *examens* ne doivent *pas être ordonnés* par l'AI, car le traitement adéquat présuppose un diagnostic déjà établi. Les frais de traitement sont pris en charge à partir de l'établissement du diagnostic.
- 404.7 Par contre, lorsque l'existence d'une infirmité congénitale a été constatée avec une vraisemblance prépondérante avant que la limite d'âge n'ait été atteinte, les frais d'examens peuvent être pris en charge rétroactivement dans le cadre de l'art. 78, al. 3, RAI.
- 404.8 Dans les cas douteux relatifs à des enfants de moins de 9 ans révolus, l'office AI doit faire vérifier les constatations médicales en ordonnant un examen spécial par un pédopsychiatre. Cela vaut en particulier si la personne assurée peut, après comme avant, fréquenter l'école publique ou si un traitement psychothérapeutique a été prescrit par un médecin autre qu'un psychiatre pour enfants et adolescents. Une psychothérapie ou le résultat d'un EEG ne permettent pas à eux seuls de tirer des conclusions suffisantes quant à la nature de l'affection.
- 404.9 Si l'AI refuse de prendre en charge le traitement, seul le rapport médical doit être remboursé.

- 404.10 Une infirmité congénitale neuro-cérébrale (p.ex. une épilepsie) n'exclut pas la reconnaissance simultanée d'une infirmité congénitale indépendante relevant du ch. 404 OIC. Un SPO infantile présentant les symptômes cumulatifs nécessaires à sa reconnaissance, qui sont énumérés sous ch. 404.5, 2^e paragraphe, repose d'ailleurs dans la plupart des cas sur les mêmes lésions cérébrales pré- ou périnatales et n'est pas un symptôme ou une conséquence de l'infirmité congénitale. 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, mais doivent figurer, conformément aux ch.m. 11 et 1045, sous le chiffre de l'infirmité congénitale constituant la cause de ces symptômes. Ainsi, par exemple, une démence épileptique doit être traitée non pas sous l'angle du ch. 403 ou 404 OIC, mais sous l'angle du ch. 387 OIC. Le traitement de séquelles peut ainsi être pris en charge, dans les limites temporelles de l'art. 3 LPGA, art. 13 LAI, même lorsque l'infirmité congénitale à l'origine de ces séquelles ne nécessite plus de traitement.
- 404.11 La durée d'un traitement (p. ex. ergothérapie) est de 2 ans au plus. Il est possible de la prolonger une fois, sur présentation d'un certificat émanant d'un médecin spécialisé.
- 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.

Troubles du spectre autistique et psychoses primaires du jeune enfant

- 405
1/10 Les troubles du spectre autistique sont annoncés pour les mesures médicales lorsque les symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. Il faut distinguer l'autisme des psacosés du

jeune enfant. Cette pathologie aura ainsi un statut à part parmi les troubles envahissants du développement.

- 406
1/10 Les psychoses primaires du jeune enfant sont annoncés pour les mesures médicales lorsque les symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année.

1.14 Organes des sens

Infirmités congénitales de l'oeil

- 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 0,2 ou moins de par le fait que l'oeil en cause ne peut pas fixer centralement (ch. 416, 418, 419, 423, 425 et 427 OIC).
- 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 dans tous les cas au titre d'appareils de traitement, aussi longtemps que des mesures médicales à charge de l'AI peuvent être accordées (voir ch.m. 16 s et ch. 425.2 et 3).

Aplasie des voies lacrymales

- 413 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 du ch. 413 OIC.

Anomalies congénitales de l'iris et de l'uvée, avec diminution de l'acuité visuelle à 0,2 ou moins à un

œil au minimum ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction)

- 418 Lorsque le port de lunettes de soleil est indiqué en raison d'une pénétration importante de lumière causée par un iridocolobome (béance dans l'iris), celles-ci peuvent être prises en charge au titre d'appareil de traitement.

Opacités congénitales du cristallin ou du corps vitré et anomalies de position du cristallin avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un œil au minimum ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)

- 419 Après une opération de la cataracte, les lunettes jouent le rôle d'un moyen auxiliaire. Elles doivent être remises aussi longtemps qu'il est par ce biais possible d'atteindre ou de garantir le but de la réadaptation (exercice d'une activité lucrative ou accomplissement des travaux habituels, scolarisation, formation), mais en tous cas jusqu'à la majorité.

Rétinopathie des prématurés et pseudogliome congénital (y compris la maladie de Coats)

- 420 Une maladie de Coats n'est pas considérée comme congénitale lorsqu'elle se greffe sur une affection acquise telle que l'uvéite, la sarcoïdose, etc.

Anomalies congénitales de réfraction avec acuité visuelle de 0,2 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 (p.ex. forte myopie ou astigmatisme grave) doivent être classées sous le ch. 425 OIC.

- 425.2 Le traitement est en principe pris en charge jusqu'à 11 ans révolus. Les cas qui jusque-là ne présentent pas d'amélioration ou que peu d'amélioration doivent être considérés comme des cas résistants au traitement. Pour de tels cas, l'AI peut accorder des lunettes et des contrôles ophtalmiques au-delà de la 11^e année, pour autant que les critères visuels mis à la reconnaissance d'une infirmité congénitale soient encore remplis, mais toutefois pas au-delà de la majorité.
- 425.3 Lorsque des mesures médicales sont requises après l'accomplissement de la 11^e année et que les critères mis à la reconnaissance d'une infirmité congénitale ne sont plus remplis, cette prolongation doit être motivée. En cas de doute le dossier peut être soumis à l'OFAS.
- 425.4 Des verres de contacts peuvent être accordés si:
- 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 |

Strabisme et micro-strabisme concomitant unilatéral, s'il existe une amblyopie de 0,2 ou moins (après correction)

- 427.1 Il faut ranger dans cette catégorie tout strabisme concomitant monolatéral, lorsque l'œil strabique présente une amblyopie de 0,2 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 im-

putée à une anomalie de la réfraction ou à une autre cause.

Pour la durée du droit aux prestations, voir les ch.m. 425.2 et 3. D'éventuelles opérations du strabisme peuvent aussi être prises en charge après l'âge de 11 ans révolus mais au maximum jusqu'à l'âge de 20 ans, sans que les critères mis à la reconnaissance d'une infirmité congénitale doivent *encore* être remplis au moment de l'opération.

- 427.2 Un strabisme alternant ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de l'OIC.
- 427.3 S'il existe une amblyopie *bilatérale* de 0,2 ou moins, il faut songer à une autre infirmité congénitale. Entrent en considération par exemple les ch. 422 et 423 OIC mais aussi 403 OIC, car les oligophrènes profonds n'acquièrent souvent que tardivement la fixation centrale.

Parésies congénitales des muscles de l'œil (lorsque des prismes, une opération ou un traitement orthoptique sont nécessaires)

- 428 Le strabisme paralytique congénital, à ne pas confondre avec un strabisme concomitant, ne peut pas être classé sous le ch. 427 OIC, il est en revanche à classer sous ce chiffre.

Fissures congénitales de l'oreille moyenne et malformation du tympan

- 443 Ce chiffre ne concerne pas les fistules préauriculaires car il s'agit d'une lésion de peu d'importance, sauf si elles touchent l'oreille moyenne.

Malformations congénitales de l'oreille moyenne avec surdité partielle uni- ou bilatérale entraînant une perte auditive moyenne d'au moins 30 dB à l'audiogramme tonal dans deux domaines des fré-

quences de la conversation de 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz

- 444.1 La fixation congénitale de l'étrier ou d'autres osselets de l'ouïe doit être classée sous le ch. 444 OIC si les critères audiométriques susmentionnés sont atteints.
- 444.2 Chez le nourrisson et le petit enfant, des examens spéciaux de pédo-audiologie sont en règle générale nécessaires. Ils doivent être prescrits par un médecin spécialiste et 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).

Surdité congénitale totale des deux oreilles

- 445 On doit être en présence d'une surdité bilatérale. La déficience congénitale de la perception neurosensorielle est classée sous le ch. 446 OIC.
Pour l'entraînement auditif et l'enseignement de lecture labiale, voir CMAI, 2^e partie, ch.m. 5.07.23.
- Pour les implants cochléaires, il faut différencier entre composante interne et externe. La première constitue une mesure médicale (électrode, antenne, etc.) et la seconde représente un moyen auxiliaire (processeur, microphone, etc.).

1.15 Métabolisme et glandes endocrines

Troubles congénitaux du métabolisme des hydrates de carbone (glycogénose, galactosémie, intolérance au fructose, hypoglycémie de Mc Quarrie, hypoglycémie de Zetterstroem, hypoglycémie par leucino-

dépendance, hyperoxalurie primaire, anomalies congénitales du métabolisme du pyruvate, malabsorption du lactose, malabsorption du saccharose et diabète sucré, si celui-ci est constaté dans les quatre premières semaines de la vie ou s'il était sans aucun doute manifeste durant cette période)

- 451.1 En cas de *galactosémie*, les mesures à la charge de l'Al consistent en des contrôles médicaux, des analyses de laboratoire et des produits alimentaires diététiques (voir supplément 2, annexe 1).
- 451.2 Si des symptômes évidents surgissant durant les quatre premières semaines de la vie sont indubitablement à imputer à un *diabète sucré* dont le diagnostic n'a cependant été posé qu'après ce délai, une infirmité congénitale au sens du ch. 451 OIC peut être reconnue.

Troubles congénitaux du métabolisme des acides aminés et des protéines (p.ex.: phénylcétonurie, cystinose, cystinurie, oxalose, syndrome oculo-cérébro-rénal de Lowe, anomalies congénitales du cycle de l'urée et autres hyperammoniémies congénitales)

- 452 Pour la phénylcétonurie: régime sans phénylalanine, voir supplément 2, annexe 1.

Troubles congénitaux de la fonction du pancréas (mucoviscidose et insuffisance primaire du pancréas)

- 459.1 L'Al prend en charge le traitement médicamenteux des insuffisances du pancréas (thérapie de substitution) 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. Le traitement de polypes est

aussi à la charge de l'AI dans la mesure où ils sont en rapport avec le ch. 459 OIC.

- 459.2 L'assurance-invalidité prend en charge des appareils de traitement ordonné par un médecin tant qu'ils sont simples et adéquats; n'en font pas partie des appareils de sport comme un trampoline. La remise de deux appareils (p.ex. pour un appartement de vacances) ne constitue en règle générale pas une mesure simple et adéquate.
- 459.3 La natation physiothérapeutique ne peut être prise en charge que si elle est prodiguée par un spécialiste reconnu en physiothérapie.
- 459.4 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 chaque cas particulier.

**Troubles congénitaux du métabolisme des os
(p.ex.: hypophosphatasie, dysplasie diaphysaire progressive de Camurati-Engelmann, ostéodystrophie de Jaffé-Lichtenstein, rachitisme résistant au traitement par la vitamine D)**

- 461 Voir aussi les ch. 121–127 OIC.

Troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire (petite taille d'origine hypophysaire, diabète insipide, syndrome de Prader-Willi et syndrome de Kallmann)

- 462 Le diabète insipide doit être classé sous le ch. 341 OIC. Un traitement par l'hormone de croissance ne peut être pris en charge que si un défaut d'hormone de croissance a été démontré. Pour le syndrome de Prader-Willi, par exemple, il faut qu'un défaut d'hormone de

croissance ait été démontré. La démonstration du défaut d'hormone doit être fait lege artis. Les cas douteux (si le diagnostic n'a pas été posé par un médecin spécialiste en endocrinologie et diabétologie ou si le diagnostic de déficit en hormone de croissance a été posé en raison d'une petite taille pour l'âge gestationnel (SGA) doivent être soumis au SMR.

Troubles congénitaux de la fonction des gonades (malformations des gonades, anorchie, syndrome de Klinefelter et résistance aux androgènes)

- 466 L'hémianorchie sans troubles hormonaux ne peut être classée sous ce chiffre (voir aussi ch.m. 355).
Le syndrome de Turner est classé sous le ch. 488 OIC.

1.16 Malformations congénitales touchant plusieurs systèmes organiques

Dystrophies congénitales du tissu conjonctif (tel que syndrome de Marfan, syndrome de Ehlers-Danlos, cutis laxa, pseudoxanthome élastique)

- 485.1 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'Al. L'Al prend aussi en charge l'opération d'extraction de la lentille (év. combinée à l'implantation d'une lentille artificielle).
- 485.2 Une faiblesse constitutionnelle du tissu conjonctif ne représente aucune infirmité congénitale et ne peut pas être classée sous ce chiffre.

1.17 Autres infirmités

Infections congénitales par le VIH

- 490.1 On peut reconnaître l'existence d'une infection par le VIH lorsque, 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 (p.ex. PCR une fois positif, antigène p 24 deux fois positif). Les anticorps maternels 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.
- 490.2 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.m. 16).

Séquelles d'embryopathies et de foetopathies (l'oligophrénie congénitale est classée sous le ch. 403); maladies infectieuses congénitales (p.ex. syphilis, toxoplasmose, listériose, infection par le cytomegalovirus)

- 493 Les suites d'un traitement médicamenteux prodigué aussi à la mère immédiatement avant ou pendant la naissance peuvent être classées sous ce chiffre.

Nouveaux-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes, jusqu'à la reprise d'un poids de 3000 grammes

- 494.1 Le *poids à la naissance* est déterminant. Il ne faut pas tenir compte de la perte de poids physiologique qui se produit après la naissance. Le droit à des prestations s'éteint dès que le poids atteint 3000 grammes.

494.2 L'alimentation se trouve considérablement facilitée grâce aux préparations de laits en poudre. Toutefois, comme le lait maternel leur reste en principe préférable, l'Al remet une pompe à lait aux mères capables d'allaiter. Les frais éventuels d'expédition du lait pompé à la division de l'hôpital incombent à cette dernière car ils sont compris dans le tarif forfaitaire conclu avec l'Al. La remise d'une pompe à lait par l'Al ne se limite pas seulement à ce chiffre de l'OIC. Ainsi, l'Al peut également prendre en charge la remise d'un tel appareil dans le cadre d'autres infirmités congénitales de l'OIC.

Infections néonatales sévères, lorsqu'elles sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire (ch. 495 OIC)

Sévères troubles respiratoires d'adaptation (p.ex.: asphyxie, syndrome de détresse respiratoire, apnée), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire (ch. 497 OIC)

Troubles métaboliques néonataux sévères (hypoglycémie, hypocalcémie, hypomagnésémie), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire (ch. 498 OIC)

Sévères lésions traumatiques dues à la naissance, lorsqu'un traitement intensif est nécessaire (ch. 499 OIC)

495,
497–499 «Graves» au sens de ce chiffre implique la nécessité de mesures médicales spéciales (p.ex. un traitement hospitalier après une naissance à domicile, le traitement dans l'unité de soins intensifs d'une maternité ou d'une clinique infantile après un accouchement à l'hôpital). Aux termes de ces chiffres, un traitement est considéré comme intensif lorsque les frais normaux de séjour

d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire lorsque, p.ex., des mesures particulièrement onéreuses telles que surveillance permanente par appareils, contrôles et soins médicaux particulièrement fréquents, etc., sont nécessaires.

Selon l'art. 64 LPGA, l'AI doit prendre en charge l'ensemble du séjour.

Après ce séjour, l'AI ne peut en principe prendre en charge *qu'un seul* contrôle.

D'autres contrôles ultérieurs peuvent être pris en charge, si leur nécessité et leur durée probable sont présentées, motivation à l'appui, par la station de soins intensifs.

Le transfert à titre préventif dans une division hospitalière de néonatalogie sans que ces mesures coûteuses n'aient été nécessaires ne suffit pas à justifier une infirmité congénitale.

Exemple:

Lorsqu'il existe un haut risque d'apnée, en relation avec le ch. 497 OIC, l'AI peut prendre en charge d'autres mesures (y.c. monitoring à la maison pour le contrôle de la respiration).

- 497.1 L'asphyxie à la naissance peut être prise en charge dans le cadre du ch. 497 OIC lorsqu'elle atteint un degré de gravité tel que la poursuite du traitement dans un service de néonatalogie s'impose. Si l'état du sujet se normalise suite à ce transfert et qu'aucun traitement n'est plus nécessaire, on ne saurait parler d'un trouble d'adaptation respiratoire sévère.
- 497.2 Insuffisances respiratoires du nouveau-né (hypoxie): tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie peuvent être admis sous le ch. 497 OIC, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie.
- 497.3 Aspiration du liquide amniotique avec ou sans pneumonie: ces diagnostics sont en général classés sous le

ch. 497 OIC. Une aspiration qui survient au cours des 72 premières heures de la vie entre dans le cadre du ch. 497 OIC lorsqu'un traitement intensif s'avère nécessaire. Aux termes de cette définition, une aspiration de lait ne peut pas être classée sous ce chiffre.

- 497.4 Le syndrome des membranes hyalines est classé sous le ch. 247 OIC.
- 498.1 Hypocalcémie du nouveau-né: tant que l'hypocalcémie n'est pas soignée dans le cadre d'une autre infirmité congénitale (par ex. ch. 494 OIC), elle peut être reconnue sous le ch. 498 OIC si elle présente de graves symptômes qui rendent une hospitalisation nécessaire. L'hypocalcémie asymptomatique (fréquente chez les prématurés) ne tombe pas sous le coup du ch. 498 OIC. Quant aux formes plus rares qui surviennent plus tard et pour lesquelles une hospitalisation doit être envisagée à cause d'accès de crampes, il faut examiner leur éventuel classement sous le ch. 464 OIC (hypoparathyroïdisme).
- 498.2 Hypoglycémie: tant qu'une hypoglycémie n'est pas soignée dans le cadre d'une autre infirmité congénitale (p.ex. ch. 451, 462, 465 et 494 OIC), on peut supposer qu'elle remonte à la naissance pour autant qu'elle survienne au cours des 72 premières heures de la vie et qu'elle nécessite un traitement médical spécial, en général des perfusions. La nécessité du traitement et l'obligation de l'Al de fournir des prestations qui en découlent prennent en général fin 24 heures après l'arrêt des perfusions. On peut diagnostiquer une hypoglycémie au sens du ch. 498 OIC en mesurant l'une des valeurs du taux de glycémie (confirmation par laboratoire). Lorsque l'hypoglycémie atteint les taux suivants, un traitement s'avère nécessaire:
- pour les prématurés et les enfants nés avec un poids insuffisant: (< 2500 g): moins de 2,5 mmol/l
 - pour les enfants nés à terme: moins de 2,0 mmol/l

Pour les enfants nés de mères diabétiques, il faut examiner l'obligation de prestations de l'AI sous l'angle du ch. 493 OIC.

- 499 Peuvent être classées sous ce chiffre les affections suivantes:
- rupture de la rate, du foie, des reins, des surrénales ou des poumons et hémorragie pulmonaire
 - lésions neurologiques centrales ou périphériques consécutives à une hypoxie ou à un événement pathologique mécanique pendant l'accouchement (selon la symptomatologie neurologique d'une telle lésion, il est plus indiqué de la faire figurer p.ex. sous les ch. 387, 390 ou 397 OIC).
 - Le syndrome de détresse respiratoire par membranes hyalines est classé sous le ch. 247 OIC
 - fractures, luxations
 - torsions du testicule (voir ch.m. 712/912)
 - pneumothorax.

Chapitre 2

Délimitations par rapport aux séquelles des maladies et des accidents (affections acquises; art. 12)

2.1 Maladies infectieuses et parasitaires

601–604/
801–804 Les maladies infectieuses et parasitaires sont par principe des états pathologiques labiles au sens de la jurisprudence et n'ouvrent dès lors aucun droit à des mesures médicales de réadaptation de l'Al.

Poliomyélites

603 Lorsque des mesures physiothérapeutiques de longue durée apparaissent vraisemblablement nécessaires dans le seul but de pouvoir plus ou moins maintenir l'état tel qu'il est, ces mesures doivent être considérées comme faisant partie du traitement en tant que tel. Voir aussi ch.m. 65¹².

L'Al peut prendre en charge des mesures au titre de mesures de prévention (cf. ch.m. 53) jusqu'à la fin de leur croissance en vue d'empêcher des séquelles stabilisées ultérieures.

604 [supprimé]

2.2 Néoplasmes (tumeurs)

611–613/
811–813 Le traitement des tumeurs fait toujours partie du traitement de l'affection comme telle. 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

621–625/
821–825 Ces affections sont des états pathologiques labiles et n'ouvrent aucun droit à des mesures médicales de réadaptation de l'Al.

2.4 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques à l'exclusion des néoplasmes

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.

2.5 Psychoses, psychonévroses et troubles de la personnalité

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 qui ne fondent aucun droit à des mesures médicales de réadaptation de l'Al.

Psychopathies, névroses et toxicomanies

645–647/
845–847.1 Les psychopathies et les névroses – que l'on doit classer, en français, sous la dénomination générale de troubles psychiques, l'expression allemande «Verhaltensstörungen» n'étant pas traduisible par «troubles du comportement») – ne sont pas des états stabilisés qui justifient l'octroi de mesures médicales de réadaptation de l'Al.

645–647/
845–847.2 Le traitement des névroses constitutionnelles et des troubles caractériels (y compris l'alcoolisme et les toxicomanies, ch.m. 647 à 847 et 648 à 848) est considéré comme celui de l'affection comme telle puisqu'il vise, en

général, à permettre à la personne assurée de reconstituer son identité personnelle.

- 645–647/
845–847.3 L'AI peut prendre en charge la *psychothérapie* nécessaire au traitement de troubles psychiques acquis conduisant, avec une grande vraisemblance, à des séquelles stables, difficiles à corriger, qui gêneraient considérablement ou rendraient impossible la formation ultérieure et l'exercice d'une activité lucrative (cf. ch.m. 645.5 ss).
- 645–647/
845–847.4 Les maladies et les lésions qui ne peuvent, en l'état actuel des connaissances de la médecine, pas être soignées autrement que par des traitements *permanents* (p.ex. schizophrénie, psychose maniaco-dépressive) ne donnent pas droit à des mesures médicales de l'AI (voir aussi ch.m. 641 à 644 et 841 à 844). Ceci est aussi valable pour les lésions qui nécessitent au moins pendant longtemps une thérapie sans que l'on puisse donner un pronostic valable (par exemple: troubles hyperkinétiques, anorexie).
- Les conditions mises à la prise en charge des frais sont réunies :
- 645–647/
845–847.5 – 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 pourra prévenir 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). Il est examiné par le SMR. La

prise en charge commence à partir de la 2^e année de traitement. La psychothérapie est décidée chaque fois pour maximum 2 ans. 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 de temps.

2.6 Système nerveux

2.6.1 Epilepsies d'origine post-natale

654/854 Les épilepsies acquises, p.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; ce traitement ne peut pas être pris en charge par l'AI sur la base de l'art. 12 LAI.

2.6.2 Paralysies après lésions cérébrales et maladies du cerveau ou de la moelle épinière

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 ou n'est devenu qu'accessoire et que l'état général de la personne assurée permet une réadaptation. La situation ne peut être appréciée au plus tôt que 6 semaines après que la personne accidentée ou malade ait retrouvé sa pleine conscience. Auparavant, les mesures de réadaptation de l'AI sont exclues. Les mesures de réadaptation peuvent être accordées au plus tôt 4 semaines après que la personne a retrouvé sa pleine conscience. Les mesures de réadaptation peuvent aussi comprendre une thérapie neuropsychologique (voir aussi le ch.m. 65).

655–657/
855–857.2 En cas de maladies cérébro-vasculaires, 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 les paralysies sont progressives ou s'aggravent 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 aussi ch.m. 65).

655–657/
855–857.3 L'octroi de mesures médicales pour le traitement de l'affection causale ou des séquelles paralytiques est exclu en cas de:

- artériosclérose généralisée
- embolie des artères cérébrales aussi longtemps qu'un traitement par anticoagulants ou par inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire est appliqué
- encéphalite léthargique
- hydrocéphalie
- infarctus cérébral ischémique *réversible*
- suite d'une opération palliative d'une tumeur cérébrale ou d'une anomalie inopérable des vaisseaux cérébraux
- sclérose latérale amyotrophique
- myéломéningocèle
- sclérose en plaques, encéphalomyélite disséminée
- syringomyélie
- thrombose des artères cérébrales, aussi longtemps que dure le traitement aux anticoagulants ou aux 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.m. 77 ss, relatifs à l'obligation de verser des 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 Le traitement de l'affection comme telle est présumé prépondérant aussi longtemps que la personne paraplégique n'est pas traitée dans l'un de ces centres.
- 856.4 Si la réadaptation d'un paraplégique a lieu dans un des centres précités, l'AI prend à sa charge, en vertu de l'art. 2, al. 2, RAI, *les frais de la réadaptation médicale, en règle générale après la 4 semaine* qui suit l'apparition de la paralysie (pour les mesures d'ordre professionnel, voir CMRP).
- 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 basées sur l'art. 12 LAI, en tenant compte du ch.m. 65.
- 856.6 Si, au début d'un séjour dans un centre de paraplégiques, les possibilités d'une réadaptation professionnelle sont douteuses, une réadaptation médicale peut être ordonnée pour trois mois à titre d'essai. Elle peut être prolongée si les chances de succès s'avèrent par la suite très probables.

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 prestations de l'AI:
- 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. En revanche, conformément à l'art. 2, al. 5, RAI, l'AI prend également en charge les actes médicaux (y compris des interventions chirurgicales ambulatoires) commandées par le traitement de l'affection comme telle, aussi longtemps que la personne assurée est en séjour dans un centre (voir ch.m. 51).
 - les contrôles médicaux et la surveillance des maladies secondaires après la sortie du centre de paraplégiques.
 - la physiothérapie d'une durée indéterminée ou lorsque c'est le seul moyen de parer à une aggravation de l'état de la personne assurée.

2.7 Organes des sens

2.7.1 Affections de l'œil

Glaucome – décollement de la rétine

Kératocônes – Kératoglobes – Cicatrices de la cornée

- 661/861.1 [supprimé]
- 661/861.2 Une greffe de la cornée ne peut être considérée autrement que comme le traitement de l'affection comme

telle que lorsque 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 une opération en raison d'une cornée trop fortement incurvée est indiquée parce qu'elle empêche le port de lentilles de contact, il n'y a pas d'obligation de prestations à la charge de l'AI en vertu de l'art. 12 LAI.

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, la personne assurée 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) tant et aussi longtemps que, par ce biais, le but de la réadaptation peut être atteint ou garanti. Lorsque les assurés portaient des lunettes déjà avant l'opération et que, en raison de l'opération, les conditions de réfraction se sont modifiées, l'AI les prend en charge une seule fois.

Cataractes – Cataracte secondaire

Une «clear lens extraction» n'est pas une opération de la cataracte et l'art. 12 LAI ne s'applique pas (voir ch.m. 661/861.19).

- 661/861.4 L'opération de la cataracte est une mesure médicale de réadaptation de l'AI. 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. 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.m. 67 ss).

Ce qui pourrait *entre autres* être le cas lors de:

- myopie (en particulier dans sa forme maligne)
- rétinopathie diabétique (spécialement la forme proliférante)
- glaucome simple (surtout au stade terminal).

- 661/861.5 Une opération conjointe, cataracte-glaucome, peut être considérée comme une mesure de réadaptation lorsque la cataracte est déjà si avancée qu'elle aurait dû être opérée aussi sans glaucome. Ce qui n'est en règle générale pas le cas pour une acuité visuelle de 0,5 ou plus (dépendant de l'activité professionnelle ou de la formation, notamment).
- 661/861.6 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.
- 661/861.7 Dans les cas d'implantation de cristallin, les biométries préliminaires sont également prises en charge.
- 661/861.8 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.
- 661/861.9 En cas d'opérations unilatérales 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 oeil, l'Al prend en charge les verres de compensation qui s'avèrent nécessaires.

- 661/861.10 La manière de procéder du ch.m. 661/861.9 est aussi valable en cas d'opérations *bilatérales* 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 la personne assurée portait déjà des verres de contact après la première opération de la cataracte.
- 661/861.11 Si les opérés d'une cataracte unilatérale ont, déjà avant l'opération, besoin d'une correction optique pour l'autre oeil et que leurs 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 oeil.
- 661/861.12 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.
- 661/861.13 Les lunettes et les verres de contact sont considérés comme des moyens auxiliaires et non pas comme des appareils de traitement. Ils sont remis *sur prescription d'un ophtalmologue*. L'ordonnance pour les lunettes doit être jointe à la facture.
- 661/861.14 Les lunettes d'essai, remises aussitôt après l'opération, ne sont pas remboursées séparément par l'Al.
- 661/861.15 Le genre de verres (p.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'AI lorsqu'ils sont solidement motivés par l'ophtalmologue.

- 661/861.16 Lorsque les moyens auxiliaires 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.
Dans le cas où une modification de la réfraction de plus de $\pm 0,5$ dioptries intervient, l'AI prend en charge les frais de remplacement du moyen auxiliaire sans égard à la durée d'utilisation. Il en va de même lorsque des incompatibilités rendent un autre type de verres de contact nécessaire.
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.

Décollement de la rétine

- 661/861.17 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.m. 54).

Anomalies réfractaires

- 661/861.18 En cas de pures *anomalies de la réfraction*, les contrôles ophtalmologiques ne sont pas considérés comme des mesures médicales qui pourraient fonder un droit à la remise de lunettes ou à un autre moyen auxiliaire selon l'art. 21, al. 1, LAI.
- 661/861.19 Les mesures de chirurgie réfractive (laser excimer, implantation de lentilles intraoculaires pour la myopie, cristallins Iris-Claw, «clear lens extraction», etc.) ne représentent pas des actes médicaux à prendre en charge en vertu de l'art. 12 LAI.

Luxation ou subluxation du cristallin

- 661/861.20 La luxation ou subluxation du cristallin (p.ex. syndrome de Marfan, voir ch.m. 485) est considérée comme une affection labile pathologique au sens de l'art. 12 LAI.

2.7.2 Affections des oreilles

- 671/871.1 [supprimé]
- 671/871.1 [supprimé]
- 671/871.2 [supprimé]
- 671/871.3 Le *cholestéatome* 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 (voir ch.m. 57).
- 671/871.4 *Un implant cochléaire* (IC) peut être pris en charge par l'AI dans le cadre de l'art. 12 LAI. La partie externe (la partie comme le processeur de parole, etc.) tombe dans le domaine des moyens auxiliaires (voir ch.m. 445).
- 671/871.5 Un appareil acoustique fixé par ancrage osseux est analogue à un implant cochléaire quant à la prise en charge (voir ch.m. 671/871.4). L'implant osseux comme par exemple la partie implantée peut être prise sous l'art. 12 LAI. La composante externe tombe dans le domaine des moyens auxiliaires (art. 21 LAI).
- 671/871.6 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 Appareil circulatoire

Cœur

- 682/882.1 Le traitement d'un trouble cardiaque (insuffisance cardiaque), d'un trouble de l'irrigation cardiaque (insuffisance coronarienne) ou de troubles du rythme cardiaque constitue le traitement de l'affection comme telle. La correction opératoire d'un trouble cardiaque congénital ou acquis (fermeture d'un orifice du septum, mise en place de prothèses valvulaires ou d'un pacemaker) concerne aussi d'une manière prépondérante le traitement de l'insuffisance cardiaque. Elle vise surtout à préserver la santé et la vie, mais pas en premier lieu à assurer la réadaptation. C'est pourquoi elle ne saurait constituer une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.
- 682/882.2 Les valves cardiaques artificielles ou les pacemakers (stimulateurs du cœur) ne sont pas des moyens auxiliaires au sens de l'art. 21 LAI, mais font partie intégrante de l'opération, en tant qu'appareils de traitement.

Troubles circulatoires périphériques

- 683–685 Les troubles circulatoires périphériques représentent un phénomène pathologique labile. C'est pourquoi leur traitement ne peut pas être pris en charge par l'AI même si ces troubles sont la conséquence d'une paralysie infantile ou d'une paraplégie (voir ch.m. 40).
- 683–885

2.9 Appareil respiratoire

Infections des voies respiratoires

- 691/891 Il s'agit là du traitement de l'affection comme telle.

2.10 Appareil digestif

- 701/901 La vélopharyngoplastie est considérée comme une mesure de réadaptation selon 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 Organes génito-urinaires

Affections des reins et des voies urinaires

- 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 la maladie comme telle et n'est pas à la charge de l'AI.

Torsion du testicule

- 712/912 La torsion du testicule ne constitue pas, sauf dans les cas prévus sous le ch. 499 OIC, une infirmité congénitale au sens de l'art. 3 LPGA, art. 13 LAI; elle ne représente toutefois pas non plus 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 Peau et tissu cellulaire sous-cutané

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

Cicatrices gênantes de la peau

- 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 la personne assurée remplit les conditions des ch.m. 38 ss (voir ch.m. 1027 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. Restent réservés les cas où l'AI a pris en charge l'opération (art. 11 LAI).

2.13 Os et organes de locomotion

- 731-738/
931-938.1 Pour l'appareil locomoteur, ne sont considérés 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 toutes celles qui corrigent le déroulement pathologique des mouvements dans les articulations.
- 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 [supprimé]

- 731/931.2 En cas d'arthrite chronique juvénile (ACJ), l'AI peut prendre en charge, jusqu'à la majorité, des mesures préventives de séquelles stables futures (voir ch.m. 54), dans la mesure où 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.
- 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. 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).

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.m. 1004, 1006 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 la personne assurée 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 affections concomitantes ou secondaires propres à diminuer 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.m. 732/932 ss). Ainsi, on peut reconnaître à une arthrodèse du genou le caractère de mesure médicale de réadaptation de l'Al.

733/933.2 Pour les arthroses dues à des accidents, voir ch.m. 41 ss.

2.13.4 Epiphysiolyse

734/934.1 Les mesures médicales visant à traiter les épiphysiolyse 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'Al.

734/934.2 Des épiphysiolyse non accidentelles de la tête du fémur (coxa vara des adolescents) peuvent donner droit à

des prestations de l'AI. Il faut néanmoins pouvoir tabler sur un pronostic favorable. Une épiphysiolyse 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 de la prévention d'une lésion (ch.m. 54).

2.13.5 Maladie de Perthes

- 735/935 Le traitement de la maladie de Perthes représente le 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 la 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.m. 54. On admettra le risque de telles séquelles lorsqu'il faut compter avec une progression importante du processus pathologique, qu'existent des déformations cunéiformes de plusieurs corps verté-

braux 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, p.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.m. 43 ss.

2.13.7 Spondylolyses et spondylolisthésis

- 736/936.7 En cas de spondylolyses 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 En cas de scolioses idiopathiques (affection non congénitale), le traitement conservateur (gymnastique, physiothérapie, appareils de redressement) représente un

traitement de l'affection comme telle et n'est pas pris en charge par l'Al.

- 737/937.2 En cas de scoliose grave, le traitement est pris en charge par l'Al sur la base du ch.m. 54 aussitôt et aussi longtemps qu'il y a menace de séquelles graves. Cette situation doit être admise dès le moment où un orthopédiste ordonne le port permanent d'un appareil de redressement (p.ex. corsets 3 points ou stimulateurs externes de redressement) pendant une année au moins. L'obligation de prestations de l'Al s'éteint aussitôt que l'appareil ne doit plus être porté.
- 737/937.3 Les arthrodèses, y compris l'opération de Harrington, qui rendent possible la formation professionnelle ou améliorent de manière importante et durable la capacité de gain, doivent être reconnues, dans les cas les plus graves, comme des mesures médicales de réadaptation de l'Al (ch.m. 54).
- 737/937.4 Le traitement par extension qui précède immédiatement une arthrodèse est aussi à la charge de l'Al.

2.13.9 Autres altérations des os et des organes du mouvement (ligaments, muscles et tendons)

Exostoses

- 738/938.1 Si les conditions prévues aux ch.m. 67 ss sont remplies, l'Al prend en charge l'ablation des exostoses lorsqu'elles provoquent un handicap fonctionnel ou lorsqu'elles altèrent gravement l'apparence des assurés.

Pseudarthroses

- 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 pas des mesures médicales de réadaptation de l'AI.

Jambes en O – crura vara

- 738/938.3 Pour les adolescents en âge de suivre une formation professionnelle, l'ostéotomie des jambes en O représente une mesure médicale de réadaptation de l'AI lorsque, sans cet acte médical, il y a risque de séquelles (arthroses) difficiles à corriger dans un proche avenir et dans la mesure où l'on peut présumer que cette intervention permet de stopper l'évolution du processus arthrosique (voir ch.m. 54).
Les ostéotomies exécutées uniquement pour des raisons d'esthétique ne représentent pas des mesures de réadaptation de l'AI.

Hallux valgus

- 738/938.4 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, insuffisances 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 de réadaptation selon l'art. 12 LAI.

Luxations habituelles

En ce qui concerne les luxations accidentelles habituelles, voir ch.m. 43 ss.

- 738/938.5 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 (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).

- 738/938.6 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 (p.ex.: opération de Roux, de Gocht, de Krogius pour le genou, opération de Putti-Pratt pour l'épaule et interventions similaires).
- 738/938.7 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.
- 738/938.8 [supprimé]

Chapitre 3

Obligation de l'AI de verser des prestations en fonction des différents genres de mesures

Acupuncture

- 1000 L'acupuncture ne représente pas une prestation obligatoire de l'AI et ne peut être comptée comme prestation médicale supplémentaire.

Amputations

- 1001 Les amputations, rendues indispensables en tant que conséquences directes d'un accident, en raison de troubles circulatoires, d'infections ou de tumeurs font partie du traitement de l'affection comme telle et ne constituent pas des mesures de réadaptation de l'AI.
- 1002 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 la personne assurée 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.

Arthrodèses

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

Cures de bains

- 1004 Les cures de bains *peuvent être autorisées au titre de complément aux mesures chirurgicales de réadaptation de l'AI (p.ex. arthrodèses)* si elles ont lieu dans les 6 mois qui suivent l'intervention. Une physiothérapie

ambulatoire appliquée pendant trois mois après une opération est assimilée à une cure de bains en station.

- 1006 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 la personne assurée.
- 1007 Les cures de bains doivent être effectuées dans un établissement de bains suisse, placé sous direction médicale. Elles doivent nécessairement comprendre, outre l'usuelle hydrothérapie, des mesures de thérapie physique et de la gymnastique médicale active.
- 1009 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.m. 1227.

Opérations de décompression de nerfs périphériques, neurolyses

- 1010 Les opérations de décompression en cas de syndromes de compression de nerfs périphériques (p.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 de réadaptation selon l'art. 12 LAI.

Autotransfusion

- 1012 Lorsque des interventions chirurgicales, prises en charge par l'AI conformément à l'art. 12 et art. 3 LPGA, art. 13 LAI, sont exécutées en milieu hospitalier et qu'avant l'opération, les personnes assurées subissent de manière ambulatoire une prise de sang afin d'être retransfusées par leur propre sang lors de l'opération, ce procédé connu en chirurgie sous le nom d'auto-transfusion fait partie de ladite opération. La facture relative à cette intervention est en principe établie séparément et doit être transmise à la Centrale de compensation pour paiement.

Epiphysiodèses

- 1013 Dans le cas de troubles de la croissance, en particulier touchant un membre inférieur, l'épiphysiodèse 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 (p.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 ch.m. 1035).

Ergothérapie

- 1014 Dans le cas des handicapés physiques, l'ergothérapie peut être considérée comme un complément nécessaire à la physiothérapie ou comme une mesure médicale indépendante. En vertu de l'art. 12 LAI, elle est prise en charge par l'AI lorsque, objectivement et temporellement, elle ne fait plus partie du traitement de l'affection comme telle.

- 1015.1
1/09 L'ergothérapie dans le cadre des mesures médicales selon l'art. 13 LAI doit toujours être accordée pour 2 ans. 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.
- 1015.2.1
1/09 Les mêmes règles que ci-dessus sont valables pour l'infirmité congénitale selon le ch. 404 OIC. Cependant, une prolongation pour un an n'est possible qu'une seule fois sur demande d'un médecin spécialiste.
- 1015.2.2
1/09 Pour les infirmités congénitales non mentionnées ici et qui nécessitent de l'ergothérapie, par exemple les infirmités 177 ou 181 OIC, il faut veiller à une utilisation économique et efficace de l'ergothérapie. Les remarques ci-dessus concernant l'octroi et la prolongation ainsi que les raisons restent valables.
- 1015.3 [supprimé]
- 1016 Dans le cas des malades mentaux, 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 de réadaptation de l'AI.
- 1017 L'ergothérapie doit être ordonnée 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'habilités. La demande doit mettre en évidence les objectifs du traitement.

Conseils nutritionnels

- 1018 Des séances de conseils nutritionnels sont prises en charge par l'assurance-invalidité dans les cas d'infirmités congénitales qui recèlent les maladies suivantes:
1. troubles du métabolisme
 2. maladies du système digestif
 3. maladies des reins
- 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 12 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.

Eurythmie – eurythmie curative

- 1019 L'eurythmie curative et l'eurythmie ne constituent pas des mesures médicales reconnues par l'AI.

Examens génétiques et mitochondriaux

- 1020 Les examens et conseils génétiques et mitochondriaux ne sont pas pris en charge par l'AI, à moins qu'ils soient ordonnés par l'assurance.

Hippothérapie – Poneythérapie

- 1021 Pour les paralysies cérébrales et en cas de troubles moteurs acquis, l'hippothérapie est une méthode de traitement reconnue par l'AI (voir aussi ch.m. 390.5).

Kératoplasties (greffes de la cornée)

- 1022 Voir ch.m. 661/861.2.

Vaccinations

- 1023 Les vaccinations ne sont pas prises en charge par l'AI, même lorsqu'elles ont un caractère thérapeutique.

Laminectomies

- 1024 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.m. 736/936.4 et 5)¹⁴.

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

- 1025 La logopédie n'est pas considérée comme une mesure médicale dans l'AI (art. 14, al. 1, let. a, LAI).

Musicothérapie

- 1026 La musicothérapie ne représente pas une mesure médicale reconnue scientifiquement¹⁵.

Opérations à but esthétique

- 1027 L'existence d'une invalidité doit être mise en évidence d'une manière appropriée (p.ex. au moyen de photographies ou par la comparution personnelle de l'assuré devant l'office AI, ch.m. 33).
- 1028 Les opérations plastiques, dans la région de la face et du cou, peuvent être prises en charge par l'AI lorsqu'elles suppriment des séquelles relativement stabilisées qui défigurent la personne assurée d'une manière considérable et qui auraient pour conséquence une

diminution importante de sa capacité de gain
(ch.m. 721/921 s).

1029 Les opérations plastiques du sein ne représentent pas des mesures au sens de l'art. 12 LAI¹⁶.

Transplantations d'organes

1030.1
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. La mesure doit cependant être scientifiquement reconnue (art. 2, al. 3, OIC, ch.m. 1218).

1030.2.1
1/09 Sont également pris en charge par l'AI dans le cadre de l'art. 3 LPGA, art. 13 LAI les coûts de l'intervention que le donateur doit subir pour prélever l'organe servant à la greffe, en tenant compte toutefois de la réserve prévue à l'art. 23, al. 4, RAI.

1030.2.2
1/09 L'AI prend en charge une indemnité équitable pour la perte de gain 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.

1030.2.3
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).

1030.2.4
1/09 Pour les transplantations liés 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.

1031 [supprimé]

1032 [supprimé]

1033 [supprimé]

Ostéosynthèses

1034 Les ostéosynthèses en cas de fractures, mais aussi de retards de consolidation ou de pseudarthroses, font partie du traitement de l'accident et ne sauraient représenter des mesures médicales de réadaptation de l'AI.

Ostéotomie – Ostéotomies correctrices

1035 Lors de séquelles de troubles de croissance, en particulier des extrémités inférieures, l'ostéotomie, dont le but est d'éliminer une inégalité importante de la longueur des membres, peut être considérée comme une mesure médicale de réadaptation (voir aussi ch.m. 1013). Tel ne peut toutefois être le cas que si aucune autre mesure plus simple (p.ex. rehaussement du talon) ne permet d'atteindre le même but.

1036 Les ostéotomies correctrices ne constituent en règle générale pas des mesures de réadaptation de l'AI (voir aussi le ch.m. 733/ 933.1 ss).

1037 Pour ce qui concerne les ostéotomies qui doivent améliorer les jambes en O (jambes vara) et les jambes en X (jambes valga), voir le ch.m. 738/938.3.

Physiothérapie

1038 En principe, la physiothérapie en tant que mesure médicale selon l'art. 12 LAI n'est pas nécessairement une mesure médicale de réadaptation. 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.m. 60, 65 et 1004 ss).

- 1039 C'est pourquoi 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 de réadaptation.
- 1040 La physiothérapie dans le cadre des mesures médicales selon l'art. 13 LAI doit toujours être accordée pour 2 ans. 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.
- 1041 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.

Poneythérapie

- 1042 Voir ch.m. 1021.

Thérapie psychomotrice

- 1043 La thérapie psychomotrice n'est pas considérée comme une mesure médicale dans l'AI (art. 14, al. 1, let. a, LAI).
- 1043.2 [supprimé]
- 1043.3 [supprimé]
- 1043.4 [supprimé]
- 1043.5 [supprimé]

Psychothérapie

- 1044 [supprimé]
- 1045 L'Al prend en charge la psychothérapie lorsque les troubles psychiques font partie des symptômes ou constituent une conséquence d'une autre infirmité congénitale (voir ch.m. 11).
En cas de troubles psychiques acquis, voir ch.m. 76 et 645 à 647 / 845 à 847.3 ss.
- 1046 Lorsque, dans le cadre de la psychothérapie, les parents ou les éducateurs doivent recevoir des conseils en dehors des séances de thérapie – donc hors de la présence de la personne assurée – ces conseils sont également pris en charge par l'Al. Toutefois, ces séances ne doivent pas dépasser 20% de l'ensemble de la thérapie (c-à-d. 1 séance sur 5). Les exceptions doivent être motivées.
- 1047 [vide]

Sutures secondaires

- 1048 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'Al (ch.m. 43 ss).

Spondylodèse

- 1049 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.
- 1050 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.

1051 [vide]

1052 [supprimé]

Conseils en allaitement

1053 Les conseils en allaitement (non médicaux) font partie
1/09 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} LAI²⁶.

Sympathectomie

1054 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.

Tympanoplastie

1055 Dans de rares cas, une tympanoplastie indépendante peut être exécutée comme 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 la personne assurée.

F 1

3^e partie

Risques de la réadaptation selon l'art. 11 LAI

Chapitre 1

Responsabilité pour les atteintes à la santé causées par des mesures médicales d'expertise ou de réadaptation

- 1100 L'AI prend à sa charge les frais de guérison des maladies ou des accidents *causés* par des mesures médicales d'expertise ou de réadaptation à condition qu'elles aient été ordonnées préalablement par l'office AI ou par un tribunal, ou encore qu'elles aient été, pour des raisons importantes, appliquées avant la prise de décision. Sont exclues les mesures pour lesquelles l'AI fournit une simple contribution, telles que la formation professionnelle initiale ou des mesures effectuées à l'étranger. Il en va de même pour les traitements qui ont été pris en charge par l'AI sur la base de l'art. 2, al. 5, RAI (voir ch.m. 51)²⁰.
- 1101 Les mesures médicales d'expertise ou de réadaptation doivent constituer *la cause adéquate, entièrement ou partiellement*, d'un accident ou d'une maladie. Selon le cours habituel des choses et l'expérience générale, est réputée adéquate une cause propre à occasionner l'atteinte survenue à la santé, notamment lorsque cette atteinte représente un risque inhérent à la mesure appliquée. S'agissant de l'exclusion de la responsabilité, voir ch.m. 1103.
- Il n'existe pas de lien de causalité en particulier dans les cas suivants:
- s'il subsiste un risque minime et accepté que la mesure, en principe couronnée de succès, présente plus tard des suites préjudiciables²¹, ou
 - si, en raison de la nature même de la mesure appliquée, l'état de la personne assurée nécessite ultérieurement un traitement, au-delà du délai fixé au succès des mesures de réadaptation.

Exemples:

Il peut exister un lien de causalité adéquate:

- dans les cas de cicatrices après une opération dont il a été établi qu'elle a échoué;
- dans les cas d'infection par le VIH ou d'hépatite résultant d'un traitement pris en charge par l'AI (p.ex. préparation sanguine utilisée dans le cadre du ch. 324 OIC).

Il n'y pas de responsabilité pour un astigmatisme après une transplantation de la cornée car il représente une conséquence prévisible de l'opération.

- 1102 La responsabilité de l'AI subsiste dans cette mesure et aussi longtemps que l'atteinte à la santé doit être attribuée de façon causale et adéquate aux mesures ordonnées par l'assurance (responsabilité partielle).
- 1103 Si l'exécution d'une mesure médicale comportant des risques particuliers est expressément requise par la personne assurée, l'assurance peut certes ordonner la mesure médicale, en excluant toutefois simultanément sa responsabilité pour les atteintes à la santé éventuelles qui pourraient en résulter (art. 23, al. 4, RAI).

Chapitre 2

Responsabilité pour les atteintes à la santé survenues pendant l'application des mesures médicales d'expertise ou de réadaptation

2.1 Généralités

- 1104 Contrairement aux dispositions prévues aux ch.m. 1100 ss, les chiffres marginaux suivants se rapportent à la responsabilité des maladies et des accidents qui surviennent pendant l'exécution de mesures médicales d'expertise et de réadaptation et qui n'ont aucun lien de causalité avec celles-ci. Dans de tels cas, l'AI n'est responsable que lorsque le risque n'est pas couvert par une assurance-maladie ou accidents (sociale ou privée).

2.2 Risques d'accidents

- 1105 L'AI couvre les frais de guérison des accidents qui surviennent au cours de l'application, à titre ambulatoire ou en milieu hospitalier, de mesures médicales d'expertise ou de réadaptation dans un hôpital ou dans un centre de formation ou de réadaptation. Sont aussi couverts les accidents pouvant survenir sur le trajet direct du domicile au lieu de traitement et vice versa. L'AI assume également les risques d'accident lorsqu'elle ne fournit qu'une contribution au coût des mesures médicales, comme dans le cas d'une formation scolaire spéciale et d'une formation professionnelle initiale.

2.3 Risques de maladie

- 1106 Lorsqu'une personne assurée se soumet à des mesures médicales d'expertise ou de réadaptation entièrement à la charge de l'AI, qui sont appliquées dans un hôpital ou dans un centre de réadaptation, et qu'elle tombe malade pendant ce séjour, l'assurance prend en charge les frais de ces maladies, à condition que la per-

sonne assurée soit traitée dans le même établissement. Si le traitement de la maladie prend une place prépondérante, l'obligation de prestations s'étendra à 30 jours au plus.

- 1107 La prise en charge des risques de maladies est exclue lorsque l'AI ne verse que de simples contributions et prévoit une participation aux frais de la part de la personne assurée, comme dans certains cas d'une formation professionnelle initiale.

2.4 Action récursoire contre les tiers responsables

- 1108 Tant que l'AI assume les frais de guérison en vertu des ch.m. 30 ss, c'est à elle d'exercer son droit de recours contre les éventuels tiers responsables éventuels (voir la Circulaire concernant l'organisation et la procédure quant à l'exercice du droit de recours contre les tiers responsables dans le cadre de l'AVS et de l'AI).

G 1

4^e partie

Etendue et application des mesures

- 1200 En vertu de l'art. 14, al. 1, LAI, les mesures médicales de l'AI englobent
- le traitement qui est entrepris par le médecin lui-même ou suivant ses instructions par un auxiliaire paramédical sous forme de soins hospitaliers ou de soins à domicile (exception faite des thérapies de logopédie et de psychomotricité);
 - la remise des médicaments prescrits par le médecin et l'exécution d'analyses.

4.1 Traitement par des médecins ou des auxiliaires paramédicaux

- 1201 Sont habilités à appliquer les mesures médicales de l'AI:
- les médecins porteurs du diplôme fédéral,
 - les dentistes porteurs du diplôme fédéral,
 - 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 (personnes qui pratiquent les activités suivantes: soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, conseils nutritionnels, psychothérapie) qui exercent leur profession conformément aux prescriptions cantonales sont également autorisés – mais uniquement sur l'ordre d'un médecin – à appliquer des mesures médicales.
- 1203 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, le genre et l'étendue de la mesure à appliquer et comportant l'indication que la mesure ordonnée est à la charge 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 ordonne 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.

4.2 Prise en charge des frais de médicaments et d'analyses

- 1205 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.
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) ainsi que la liste des analyses (LA), les conditions précitées sont réputées remplies.
- 1206 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».
- 1207 L'AI ne prend pas en charge, même ordonné par un médecin les produits alimentaires, les vins fortifiants et élixirs, les spiritueux, les eaux minérales, les préparations de levure fraîche, les cosmétiques et les produits similaires (exception: voir annexe 2, suppléments 1 et 2).
- 1208 Concernant les limitations quantitatives relatives à la remise de médicaments figurant dans la LS, les règles suivantes sont applicables dans l'AI:
1. Les *limitations quantitatives* (limitation de la grandeur 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 (exception voir ch.m. 9).

2. Il faut faire attention aux limitations de certaines indications en règle générale.
3. Les *garanties particulières concernant les frais* prévues dans des cas isolés par la LS ne sont pas requises dans l'AI.

1209 Le département fédéral de l'intérieur a décidé le 2 juin 2005 de rayer du catalogue des prestations de l'assurance de base, respectivement de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), les 5 médecines complémentaires anthroposophes, à savoir, l'homéopathie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise en raison de l'absence de preuve de leur efficacité, de leur opportunité et de leur facteur économique. Cette décision entre en vigueur dès le 1^{er} juillet 2005. Ces 5 médecines complémentaires ne seront plus non plus pris en charge par l'assurance invalidité.

1210 Lorsqu'une préparation importante, certes enregistrée en Suisse, n'est cependant contenue dans aucune liste et ne peut sans autre être remplacée par une autre préparation de la liste, le dossier doit être soumis au SMR de l'office AI. Le SMR se renseignera auprès de l'OFAS.

1212–1214 [vide]

4.3 Appareils de traitement

1215 Si des appareils de traitement sont requis pour l'application de mesures médicales accordées par l'AI (p.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 de paralysies cérébrales, Haverich à trois

roues), les frais qui en résultent sont à la charge de l'AI dans le cadre des art. 11, 12 et art. 3 LPGA, art. 13 LAI.

- 1216 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 dans la mesure où le traitement médical en question est lui-même considéré comme une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 ou 13 LAI.
- 1217 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 (p.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 donnés en propriété.

4.4 Le caractère scientifique, la simplicité et l'opportunité de la méthode de traitement

- 1218 Les mesures médicales de l'AI doivent être considérées comme indiquées, compte tenu de l'état actuel des connaissances médicales, et permettre de réadapter la personne assurée d'une manière simple et adéquate (art. 2, al. 1, RAI, art. 2, al. 3, OIC).

Exemples:

En cas de paralysies, la forme simple et adéquate d'application de la mesure de réadaptation consiste en

règle générale en l'exécution d'une physiothérapie ambulatoire et non en des cures de bains en milieu hospitalier.

4.5 Traitement dans un établissement hospitalier

- 1219 Est considérée comme traitement dans un hôpital la mesure médicale appliquée par un médecin, 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 aussi ch.m. 1232).
- 1220 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 la personne assurée (art. 14, al. 3, LAI). Les conditions personnelles ne sont pas déterminantes.
- 1221 La prise en charge des frais de séjour dans un hôpital ou un établissement de cure n'entre pas en considération si le traitement en lui-même peut tout aussi bien être appliqué sur le mode ambulatoire. Les soins journaliers ne représentent pas une mesure de traitement car ils n'attestent pas d'un caractère thérapeutique.
- 1222 Si le séjour en hôpital ou en établissement de cure vise l'application simultanée de mesures médicales et d'autres mesures de l'assurance-invalidité (comme p.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 (p.ex. perfusion intraveineuse), a droit à la prise en charge de la totalité des frais d'hospitalisation, ce qui suspend pendant ce temps-là le droit à des prestations en raison de l'impotence (art. 9 LPGA, art. 20 LAI).

D'autre part, une personne assurée 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.

- 1223 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 (p.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 la surveillance habituelle de l'enfant.
- 1224 Si, lors du traitement d'une affection en tant que telle, on supprime simultanément une autre infirmité (p.ex. une infirmité congénitale), la partie prépondérante du traitement, qui a en général aussi conduit à l'indication de ce traitement, est déterminante pour les prestations dues par l'AI.
- 1225 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 de l'affection comme telle s'est achevé ou lorsqu'il n'a plus joué qu'un rôle secondaire.
- 1226 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.m. 13).

- 1227 Si une personne assurée a besoin d'un traitement intensif, appliqué sous surveillance médicale et impossible à entreprendre ambulatoirement à partir de son lieu de domicile (comme par ex. les cures de bain et les traitements orthoptiques ou pléoptiques), et qu'elle séjourne ailleurs que dans l'établissement hospitalier ou de cure, par exemple dans un hôtel ou une maison de vacances, 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 le ch.m. 1009.
- 1228 En cas de séjour dans un établissement hospitalier ou de cure, 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, la personne assurée n'a droit qu'au remboursement des frais au tarif de la division commune.
- 1229 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 la personne assurée. S'il existe une convention tarifaire conclue avec un établissement hospitalier ou de cure et qu'elle ne contient aucune disposition contraire, il faut admettre que ledit établissement dispose d'une division commune.
- 1230 Si l'hospitalisation de la personne assurée 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.

- 1231 En ce qui concerne le droit de la personne assurée 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 CIIAI.

4.6 Traitement à domicile

- 1232 On est en présence d'un traitement médical ambulatoire dans un établissement hospitalier ou de cure lorsque la personne assurée passe la nuit qui précède le traitement et celle qui le suit à la maison.

- 1233 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 selon les tarifs locaux usuels, dans la mesure où ce personnel est nécessaire pour assurer les soins à domicile faisant partie des mesures médicales de l'AI. La *nourriture parentérale* à domicile (NPD) peut être prise en charge.

- 1234 Si une personne assurée a besoin de prestations de soins fournies par des tiers à l'endroit-même où s'effectue le traitement (p.ex. dans un cabinet médical), cette prestation fait partie de la mesure médicale comme telle et ne peut être facturée à part.

4.7 Application des mesures médicales à l'étranger

4.7.1 Conditions préalables

- 1235 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 ci-

toyens suisses assurés et domiciliés à l'étranger ainsi que les conventions internationales particulières.

- 1236 L'octroi de prestations de l'assurance à l'étranger est exceptionnellement pris en considération (art. 23^{bis} RAI):
- 1237 – s'il n'existe en Suisse aucun établissement hospitalier adéquat ou aucun médecin spécialiste, en raison de la particularité ou de la rareté des mesures;
- 1238 – si les mesures médicales s'imposent d'urgence à l'occasion d'un séjour provisoire de la personne assurée 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.m. 30 ss) ne constituent jamais des traitements d'urgence, puisqu'elles s'adressent à un état terminal et stabilisé. Restent réservées les mesures médicales fondées sur l'art. 11 LAI.
- 1239 – 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, lorsque les cliniques spécialisées à l'étranger ont plus d'expérience dans des opérations relativement rares et compliquées ainsi que dans le suivi post-opératoire (diminuant le risque de l'opération), ou lors d'un séjour professionnel ou d'apprentissage de la langue prolongé à l'étranger.
- 1240 Les mesures médicales de réadaptation effectuées à l'étranger doivent être simples et adéquates et reconnues par le milieu scientifique en Suisse (art. 23^{bis}, al. 1, RAI).

4.7.2 Etendue des prestations de l'assurance

4.7.2.1 Frais de traitement

- 1241 Pour les mesures relevant des ch.m. 1236 ss, l'AI assume en principe la couverture complète des frais.
- 1242 Dans les cas relevant du ch.m. 1239, 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 la plus proche. En ce qui concerne les traitements ambulatoires, il faut appliquer les tarifs en vigueur en Suisse comme limites supérieures.

4.7.2.2 Frais de transport, y compris le viatique

- 1243 Les frais des transports nécessaires, effectués à l'aide d'un moyen de transport adapté à l'état de la personne assurée, 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.
- 1244 Dans les cas relevant du ch.m. 1239, 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.
- 1245 Les frais de transport et de séjour sont en règle générale indemnisés d'après l'art. 90, al. 4, RAI.

4.7.2.3 Justificatifs et établissement des frais

- 1246 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.

1247 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 personne assurée, dont le domicile légal est à Thalwil, a été soignée à l'Hôpital cantonal de Zurich pour une hydrocéphalie interne (ch. 386 OIC). 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 la personne 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 cantonal 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.

4.8 Frais de transport par hélicoptère

1248 Le remboursement des frais de *transport par hélicoptère* peuvent être remboursés dans les conditions suivantes:

- lorsque, en relation avec un traitement pris en charge par l'AI, il est nécessaire de déplacer la personne assurée d'un hôpital périphérique dans un centre hospitalier;
- lorsqu'il y a danger de mort ou qu'il est primordial, en raison d'un risque de lésions cérébrales irréversibles, de respecter le temps de transport le plus court possible. Un voyage de plus d'une demi-heure par la route est, en règle générale, trop contraignant pour les nouveaux-nés qui souffrent d'un problème d'adaptation. En revanche, l'ambulance doit être utilisée si la durée du transport doit probablement durer une demi-heure au maximum;

G 13

- le transport par hélicoptère peut aussi être remboursé lorsque les frais qu'il entraîne sont les mêmes ou sont moins élevés que d'autres types de transport adéquats.

Le transport en hélicoptère doit être motivé auprès de l'Al: déroulement et mesures exécutées jusqu'à la demande de transport, raisons du transport.

H 1

5^e partie

L'entrée en vigueur

La présente circulaire entre en vigueur le 1.1.2008.

Ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC)

du 9 décembre 1985

Le Conseil fédéral suisse,

vu l'art. 13 de la loi fédérale du 19 juin 1959¹ sur l'assurance-invalidité (LAI)

arrête:

Art. 1 Définition

¹Sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités qui existent à la naissance accomplie de l'enfant. En soi, la prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant.

²Les infirmités congénitales sont énumérées dans la liste en annexe. Le Département fédéral de l'intérieur peut qualifier des infirmités congénitales évidentes, qui ne figurent pas dans la liste en annexe, d'infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI.

Art. 2 Début et étendue du droit

¹Le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, mais au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant.

¹ SR 821.20

²Lorsque le traitement d'une infirmité congénitale est pris en charge parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe est nécessaire, le droit prend naissance au début de l'application de cette mesure; il s'étend à toutes les mesures médicales qui par la suite se révèlent nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale.

³Sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate.

Art. 3 Fin du droit

Le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré a accompli sa 20^e année, même si une mesure entreprise avant ce délai doit être poursuivie.

Art. 4 Abrogation du droit actuel et entrée en vigueur

¹L'ordonnance du 20 octobre 1971² concernant les infirmités congénitales est abrogée.

²Cette ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 1986.

9 décembre 1985 Au nom du Conseil fédéral
Le président de la Confédération:
Le chancelier de la Confédération:

² AS 1971 1583, 1976 2650

Liste des infirmités congénitales (Annexe art. 1, al. 2)**I. Peau**

101. Cicatrices cutanées congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire (voir aussi ch. 112)
102. Ptérygion et syndactylies cutanées
103. Kystes dermoïdes congénitaux de l'orbite, de la racine du nez, du cou, du médiastin et de la région sacrée
104. Dysplasies ectodermiques
105. Maladies bulleuses congénitales de la peau (Epidermolyse bulleuse héréditaire, acrodermatite entéropathique et pemphigus chronique bénin familial)
107. Maladies ichthyosiformes congénitales et kératodermies palmo-plantaires héréditaires
109. Naevi congénitaux, lorsqu'ils présentent une dégénérescence maligne ou lorsqu'une simple excision n'est pas possible en raison de la grandeur ou de la localisation
110. Mastocytoses cutanées congénitales (urticaire pigmentaire et mastocytose cutanée diffuse)
111. Xeroderma pigmentosum
112. Aplasies tégumentaires congénitales, lorsqu'une opération ou un traitement hospitalier est nécessaire
113. Amastie congénitale et athélie congénitale

II. Squelette**A. Affections systémiques du squelette**

121. Chondrodystrophie (par exemple: achondroplasie, hypochondroplasie, dysplasie épiphysaire multiple)
122. Enchondromatose
123. Dysostoses congénitales
124. Exostoses cartilagineuses, lorsqu'une opération est nécessaire
125. Hémihypertrophies et autres asymétries corporelles congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire
126. Osteogenesis imperfecta
127. Ostéopétrose
128. Dysplasie fibreuse

B. Malformations régionales du squelette*a. Tête*

- 141. Lacunes congénitales du crâne
- 142. Craniosynostoses, lorsqu'une opération est nécessaire
- 143. Platybasie (impression basilaire)

b. Colonne vertébrale

- 152. Malformations vertébrales congénitales (vertèbres très fortement cunéiformes, vertèbres soudées en bloc type Klippel-Feil, vertèbres aplasiques et vertèbres très fortement dysplasiques)

c. Côtes, thorax et omoplates

- 161. Côtes cervicales, lorsqu'une opération est nécessaire
- 162. Fissure congénitale du sternum
- 163. Thorax en entonnoir, lorsqu'une opération est nécessaire
- 164. Thorax en carène, lorsqu'une opération ou une orthèse sont nécessaires
- 165. Scapula alata congenita et déformation de Sprengel
- 166. Torsion congénitale du sternum, lorsqu'une opération est nécessaire
- 167. Déformations congénitales latérales de la paroi thoracique, lorsqu'une opération est nécessaire

d. Extrémités

- 170. Coxa vara congénitale, lorsqu'une opération est nécessaire
- 171. Coxa antetorta ou retortorta congénitale, lorsqu'une opération est nécessaire
- 172. Pseudarthroses congénitales des extrémités
- 176. Amélies, dysméliés et phocoméliés
- 177. Autres défauts congénitaux et malformations congénitales des extrémités, lorsqu'une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré sont nécessaires
- 178. Torsion tibiale interne et externe, dès 4 ans révolus, lorsqu'une opération est nécessaire

III. Articulations, muscles et tendons

- 180. Pied adductus ou pied metatarsus varus congénital, lorsqu'une opération est nécessaires
- 181. Arthromyodysplasie congénitale (arthrogrypose)
- 182. Pied varus équin congénital
- 183. Luxation congénitale de la hanche et dysplasie congénitale de la hanche
- 184. Dystrophie musculaire progressive et autres myopathies congénitales
- 185. Myasthénie grave congénitale
- 188. Torticolis congénital, lorsqu'une opération est nécessaire
- 189. Myosite ossifiante progressive congénitale
- 190. Aplasie et très forte hypoplasie de muscles striés
- 191. Ténosynovite sténosante congénitale
- 192. Adynamie épisodique héréditaire
- 193. Pied plat congénital, lorsqu'une opération ou un traitement par appareil plâtré sont nécessaires
- 194. Luxation congénitale de l'articulation du genou, lorsqu'une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré sont nécessaires
- 195. Luxation congénitale de la rotule, lorsqu'une opération est nécessaire.

IV. Face

Lorsque la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'un examen céphalométrique (ch. 208, 209 et 210), les prestations de l'AI ne débutent qu'au moment où les conditions céphalométriques sont remplies.

- 201. Cheilo-gnatho-palatoschisis (fissure labiale, maxillaire, division palatine)
- 202. Fissures faciales, médianes, obliques et transverses congénitales
- 203. Fistules congénitales du nez et des lèvres
- 204. Proboscis lateralis
- 205. Dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins 12 dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteints, en cas d'odontodysplasie (ghost teeth) il suffit qu'au moins deux dents soient atteints dans un quadrant

206. Anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire à l'exclusion des dents de sagesse
207. Hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessitent un traitement au moyen d'appareils
208. Micromandibulie congénitale, lorsqu'elle entraîne au cours de la première année de la vie des troubles de la déglutition et de la respiration nécessitant un traitement ou lorsque l'appréciation céphalométrique après l'apparition des incisives définitives montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de 9 degrés et plus (respectivement par un angle ANB d'au moins 7 degrés combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés) ou lorsque les dents permanentes, à l'exclusion des dents de sagesse, présentent une non occlusion d'au moins trois paires de dents antagonistes dans les segments latéraux par moitié de mâchoire
209. Mordex apertus congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 40 degrés et plus (respectivement de 37 degrés au moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus). Mordex clausus congénital, lorsqu'il entraîne une supraclusie après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 12 degrés et moins (respectivement de 15 degrés et moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus)
210. Prognathie inférieure congénitale, lorsque l'appréciation céphalométrique après l'apparition des incisives définitives montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins -1 degré et qu'au moins deux paires antagonistes antérieures de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout, ou lorsqu'il existe une divergence de $+1$ degré et moins combiné à un angle maxillobasal de 37 degrés et plus, ou de 15 degrés et moins
211. Epulis du nouveau-né
212. Atrésie des choanes (uni- ou bilatérale)

- 213. Glossoschisis
- 214. Macroglossie et microglossie congénitales, lorsqu'une opération de la langue est nécessaire
- 215. Kystes congénitaux et tumeurs congénitales de la langue
- 216. Affections congénitales des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs (fistules, sténoses, kystes, tumeurs, ectasies et hypo- ou aplasies de toutes les glandes salivaires importantes)*
- 218. Rétention ou ankylose congénitale des dents, lorsque plusieurs molaires ou au moins deux prémolaires ou molaires de la seconde dentition placées l'une à côté de l'autre (à exclusion des dents de sagesse) sont touchées, l'absence de dents (à l'exclusion des dents de sagesse) est traitée de la même manière que la rétention ou l'ankylose.*

V. Cou

- 231. Goitre congénital
- 232. Kystes congénitaux du cou, fistules et fentes cervicales congénitales et tumeurs congénitales (cartilage de Reichert)

VI. Poumons

- 241. Bronchectasies congénitales
- 242. Emphysème lobaire congénital
- 243. Agénésie partielle et hypoplasie des poumons
- 244. Kystes congénitaux et tumeurs congénitales des poumons
- 245. Séquestration pulmonaire congénitale
- 247. Syndrome des membranes hyalines
- 248. Syndrome de Mikity – Wilson
- 249. Dyskinésie primaire des cils immobiles (lorsque l'examen au microscope électronique est exécuté en dehors d'une période d'infection)

VII. Voies respiratoires

- 251. Malformations congénitales du larynx et de la trachée

* Valable dès le 1.1.2001

VIII. Médiastin

261. Tumeurs congénitales et kystes congénitaux du médiastin

IX. Oesophage, estomac et intestins

271. Atrésie et sténose congénitales de l'oesophage et fistule oesophago-trachéale
272. Mégaoesophage congénital
273. Sténose hypertrophique du pylore
274. Atrésie et sténose congénitales de l'estomac, de l'intestin, du rectum ou de l'anus
275. Kystes, tumeurs, duplicatures et diverticules congénitaux du tube digestif
276. Anomalies du situs intestinal, à l'exclusion du caecum mobile
277. Iléus du nouveau-né
278. Aganglionose et anomalies des cellules ganglionnaires du gros intestin ou de l'intestin grêle
279. Coeliakie consécutive à l'intolérance congénitale à la gliadine
280. Reflux gastro-oesophagien congénital, lorsqu'une opération est nécessaire
281. Malformations congénitales du diaphragme
282. Entérocolite nécrosante des prématurés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes ou des nouveau-nés, lorsqu'elle se manifeste dans les quatre semaines après la naissance.*

X. Foie, voies biliaires et pancréas

291. Atrésie et hypoplasie des voies biliaires
292. Kyste congénital du cholédoque
293. Kystes congénitaux du foie
294. Fibrose congénitale du foie
295. Tumeurs congénitales du foie
296. Malformations congénitales et kystes congénitaux du pancréas

* Valable dès le 1.1.2001

XI. Paroi abdominale

- 302. Omphalocèle et laparoschisis
- 303. Hernie inguinale latérale

XII. Coeur, vaisseaux et système lymphatique

- 311. Hémangiome caverneux ou tubéreux
- 312. Lymphangiome congénital, lymphangiectasie congénitale
- 313. Malformations congénitales du coeur et des vaisseaux
- 314. Lymphangectasie congénitale de l'intestin

XIII. Sang, rate et système réticulo-endothélial

- 321. Anémies, leucopénies et thrombocytopénies du nouveau-né
- 322. Anémies congénitales hypoplastiques ou aplastiques, leucopénies et thrombocytopénies congénitales
- 323. Anémies hémolytiques congénitales (affections des érythrocytes, des enzymes ou de l'hémoglobine)
- 324. Coagulopathies et thrombocytopathies congénitales (hémophilies et autres anomalies des facteurs de coagulation)
- 325. Hyperbilirubinémie du nouveau-né de causes diverses, lorsqu'une exsanguino-transfusion a été nécessaire
- 326. Syndrome congénital de déficience immunitaire (IDS)
- 327. Angio-œdème héréditaire
- 329. Leucémie du nouveau-né
- 330. Histiocytoses (granulome éosinophilique, maladies de Hand-Schüller-Christian et de Letterer-Siwe)
- 331. Polyglobulie congénitale, lorsqu'une soustraction thérapeutique de sang (saignée) avec remplacement par du plasma a été nécessaire
- 333. Malformations congénitales et ectopies de la rate

XIV. Système uro-génital

- 341. Glomérulopathies et tubulopathies congénitales
- 342. Malformations du rein, dédoublements et altérations congénitales des reins, y compris l'hypoplasie, l'agénésie et la dystopie

- 343. Tumeurs congénitales et kystes congénitaux des reins
- 344. Hydronéphrose congénitale
- 345. Malformations urétérales congénitales (sténoses, atrésies, urétérocèle, dystopies et mégaluretère)
- 346. Reflux vésico-urétéral congénital
- 348. Malformations congénitales de la vessie (par exemple: diverticule de la vessie, mégavessie congénitale)
- 349. Tumeurs congénitales de la vessie
- 350. Exstrophie de la vessie
- 351. Atrésie et sténose congénitales de l'urètre et diverticule de l'urètre
- 352. Hypospadias et épispadias
- 353. Fistule vésico-ombilicale congénitale et kyste congénital de l'ouraque
- 354. Fistules recto-uro-génitales congénitales
- 355. Cryptorchidie (unilatérale ou bilatérale), lorsqu'une opération est nécessaire
- 356. Hydrocèle testiculaire et kystes du cordon spermatique ou du ligament rond, lorsqu'une opération est nécessaire
- 357. Palmure et courbure congénitales du pénis
- 358. Atrésie congénitale de l'hymen, du vagin, du col utérin ou de l'utérus et sténose congénitale du vagin
- 359. Hermaphrodisme vrai et pseudohermaphrodisme
- 361. Dédoubllement des organes génitaux féminins (utérus bicorne à col simple ou double, utérus unicollis et utérus double avec ou sans vagin double)

XV. Système nerveux central, périphérique et autonome

- 381. Malformations du système nerveux et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myéloméningocèle, hydro-myélie, méningocèle, diastématomyélie et tethered cord)
- 382. Troubles de l'hypoventilation d'origine centrale du nouveau-né
- 383. Affections hérédo-dégénératives du système nerveux (par exemple: ataxie de Friedreich, leucodystrophies et affections progressives de la matière grise, atrophies musculaires d'origine spinale ou neurale, dysautonomie familiale, analgésie congénitale, syndrome de Rett)

- 384. Médulloblastome, épendymome, gliome, papillome des plexus choroïdes et chordome
- 385. Tumeurs et malformations congénitales de l'hypophyse (comme le cranio-pharyngiome, le kyste de Rathke et la poche persistante de Rathke)
- 386. Hydrocéphalie congénitale
- 387. Epilepsies congénitales (à l'exception des formes qui ne réclament pas de traitement ou seulement lors d'une crise)
- 390. Paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques [dystonique, choréo-athétoïde] et ataxiques)
- 395. Légers troubles moteurs cérébraux (traitement jusqu'à la fin de la deuxième année de la vie)
- 396. Sympathogoniome (neuroblastome sympathique), sympathicoblastome, ganglioneuroblastome et ganglioneurome
- 397. Paralysies et parésies congénitales

XVI. Maladies mentales et retards graves du développement

- 401. [supprimé]
1/10
- 403. Oligophrénie congénitale (seulement pour le traitement du comportement éréthique ou apathique)
- 404. Troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant la fin de la neuvième année et qu'ils présentent des lésions cérébrales (syndrome psycho-organique, psycho-syndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile).
- 405. Troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année.
1/10
- 406. Psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année
1/10

XVII. Organes des sens*a. Oeil*

Lorsque la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'une certaine diminution de l'acuité visuelle, celle-ci doit être mesurée après correction du vice de réfraction. Si l'acuité visuelle n'est pas mesurable et si l'œil en cause ne peut pas fixer centralement, on admet que l'acuité visuelle est de 0,2 ou moins (chiffres 416, 418, 419, 423, 425, 427)

411. Malformations des paupières (colobome et ankyloblépharon)
412. Ptose congénitale de la paupière
413. Aplasie des voies lacrymales
415. Anophthalmie, buphthalmie et glaucome congénital
416. Opacités congénitales de la cornée avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un oeil ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)
417. Nystagmus congénital, lorsqu'une opération est nécessaire
418. Anomalies congénitales de l'iris et de l'uvée avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un oeil ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)
419. Opacités congénitales du cristallin ou du corps vitré et anomalies de position du cristallin avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un oeil ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)
420. Rétinopathie du prématuré et pseudogliome congénital (y compris la maladie de Coats)
421. Rétinoblastome
422. Dégénérescences tapétorétiniennes congénitales
423. Malformations et affections congénitales du nerf optique avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un oeil ou 0,4 ou moins à aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)
424. Tumeurs congénitales de la cavité orbitaire
425. Anomalies congénitales de réfraction avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un oeil ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)
426. Abrogé
427. Strabisme et micro strabisme concomitant unilatéral, lorsqu'il existe une amblyopie de 0,2 ou moins (après correction)

428. Paralysies et parésies congénitales des muscles de l'œil (lorsque des prismes, une opération ou un traitement orthopédique sont nécessaires)

b. Oreilles

441. Atrésie congénitale de l'oreille, y compris l'antotie et la microtie
443. Fentes congénitales dans la région de l'oreille, fistules congénitales de l'oreille moyenne et défauts congénitaux du tympan
444. Malformations congénitales de l'oreille moyenne avec surdité partielle uni- ou bilatérale entraînant une perte auditive moyenne d'au moins 30 dB à l'audiogramme tonal dans deux domaines des fréquences de la conversation de 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz
445. Surdité congénitale totale des deux oreilles
446. Surdité congénitale neurosensorielle avec, à l'audiogramme tonal, une perte de l'audition d'au moins 30 dB dans deux domaines des fréquences de la conversation de 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz
447. Cholésteatome congénital

XVIII. Métabolisme et glandes endocrines

451. Troubles congénitaux du métabolisme des hydrates de carbone (glycogénose, galactosémie, intolérance au fructose, hypoglycémie de Mac Quarrie, hypoglycémie de Zetters-troem, hypoglycémie par leucino-dépendance, hyperoxalurie primaire, anomalies congénitales du métabolisme du pyruvate, malabsorption du lactose, malabsorption du saccharose et diabète sucré, lorsque celui-ci est constaté dans les quatre premières semaines de la vie ou qu'il était sans aucun doute manifeste durant cette période)
452. Troubles congénitaux du métabolisme des acides aminés et des protéines (par exemple: phénylcétonurie, cystinose, cystinurie, oxalose, syndrome oculo-cérébro-rénal de Lowe, anomalies congénitales du cycle de l'urée et autres hyperammoniémies congénitales)
453. Troubles congénitaux du métabolisme des graisses et des lipoprotéines (par exemple: idiotie amaurotique, maladie de

- Niemann-Pick, maladie de Gaucher, hypercholestérolémie héréditaire, hyperlipémie héréditaire, leucodystrophies)
454. Troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides et des glycoprotéines (par exemple: maladie Pfaundler-Hurler, maladie de Morquio)
 455. Troubles congénitaux de métabolisme des purines et pyrimidines (xanthinurie)
 456. Troubles congénitaux du métabolisme des métaux (maladie de Wilson, hémochromatose et syndrome de Menkes)
 457. Troubles congénitaux du métabolisme de la myoglobine, de l'hémoglobine et de la bilirubine (porphyrie et myoglobinurie)
 458. Troubles congénitaux de la fonction du foie (ictères héréditaires non hémolytiques)
 459. Troubles congénitaux de la fonction du pancréas (mucoviscidose et insuffisance primaire du pancréas)
 461. Troubles congénitaux du métabolisme des os (par exemple: hypophosphatasie, dysplasie diaphysaire progressive de Camurati-Engelmann, ostéodystrophie de Jaffé-Lichtenstein, rachitisme résistant au traitement par la vitamine D)
 462. Troubles congénitaux de la fonction hypothalamohypophysaire (petite taille d'origine hypophysaire, diabète insipide, syndrome de Prader-Willi et syndrome de Kallmann)
 463. Troubles congénitaux de la fonction de la glande thyroïde (athyroïdie et hypothyroïdie)
 464. Troubles congénitaux de la fonction des glandes parathyroïdes (hypoparathyroïdisme et pseudohypoparathyroïdisme)
 465. Troubles congénitaux de la fonction des glandes surrénales (syndrome adrénogénital et insuffisance surrénale)
 466. Troubles congénitaux de la fonction des gonades (malformations des gonades, anorchie, syndrome de Klinefelter et résistance androgénique voir aussi chiffre 488)
 467. Défaut d'enzyme congénital du métabolisme intermédiaire lorsque ses symptômes ont été manifestes avant la fin de la cinquième année
 468. Phéochromocytome et phéochromoblastome

XIX. Malformations avec atteinte de plusieurs systèmes d'organes

481. Neurofibromatose

- 482. Angiomatose cérébrale et rétinienne (von Hippel-Lindau)
- 483. Angiomatose encéphalo-trigémينية (Sturge-Weber-Krabbe)
- 484. Syndrome télangiectasies-ataxie (Louis Bar)
- 485. Dystrophies congénitales du tissu conjonctif (par exemple: syndrome de Marfan, syndrome d'Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudoxanthome élastique)
- 486. Tératomes et autres tumeurs des cellules germinales (par exemple: dysgerminome, carcinome embryonnaire, tumeur mixte des cellules germinales, tumeur vitelline, choriocarcinome, gonadoblastome)
- 487. Sclérose cérébrale tubéreuse (Bourneville)
- 488. Syndrome de Turner (seulement troubles de la fonction des gonades et de la croissance)

XX. Autres infirmités

- 490. Infections congénitales VIH
- 491. Tumeurs du nouveau-né
- 492. Monstres doubles (par exemple: frères siamois, épignathe)
- 493. Séquelles d'embryopathies et de foetopathies (l'oligophrénie congénitale est classée sous ch. 403); maladies infectieuses congénitales (par exemple: luès, toxoplasmose, tuberculose, listériose, cytomégalie)
- 494. Nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes, jusqu'à la reprise d'un poids de 3000 grammes
- 495. Infections néonatales sévères, lorsqu'elles sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire
- 496. Pharmacodépendance néonatale, lorsqu'un traitement intensif est nécessaire
- 497. Sévères troubles respiratoires d'adaptation (par exemple: asphyxie, syndrome de détresse respiratoire, apnée), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire
- 498. Troubles métaboliques néonataux sévères (hypoglycémie, hypocalcémie, hypomagnésémie), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire
- 499. Sévères lésions traumatiques dues à la naissance, lorsqu'un traitement intensif est nécessaire

Annexe 2**Produits alimentaires diététiques dans l'AI**

- a) Pour les assurés, qui souffrent d'une infirmité congénitale et qui doivent prendre des produits diététiques à caractère médical, l'AI rembourse les produits indiqués dans la liste (voir supplément 1 a, b, c). Les produits doivent être prescrit par un médecin.
- b) Les assurés qui souffrent d'une intolérance à la gliadine reçoivent une contribution annuelle forfaitaire aux frais d'un régime spécial prescrit et surveillé par un médecin (voir supplément 2).
- c) Si des produits diététiques sont prescrits alors qu'ils ne sont pas énumérés dans le supplément 1 ou pour des infirmités congénitales pour lesquelles il n'est prévu aucun octroi, le dossier doit être présenté au SMR de l'office AI. Il examinera si le produit prescrit est adéquat pour cette infirmité congénitale.

Supplément 1

Liste des produits alimentaires diététiques

a) IC 451:

Galactosémie

Humana SL (Galactina)
Mamina Soja (Galactina)
Milupa SOM (Milupa)
Pregomin (Milupa)

Sensibilité aux leucines Hypo-glycémie

LEU-AM
Leu 1 et 2

b) IC 452: p.ex.

Phénylcétonurie

Albumaid X P
Aponti 40 et 80
Aproten (farine, semoule, pâtes)
Farine Damin pauvre en albumine (Maizena BRD)
Finax (mélange de poudre pauvre en protéine)
Lofénalac
Milupa PKU 1,2 et 3
Pain en boîte, pain gaufrette, pâtes, farine, biscuits (Hammermühle BRD)
P-AM
Phényl free
PK Aid
Zwieback, biscuits (Plasmon dietetici)

Histidinémie

Albumaid X P hist
H-AM
Milupa HIST 1 et 2

Formatiert: Englisch
(Großbritannien)

Maladie du Sirop d'érable

ILV-AM
Milupa MSUD 1 et 2
MSUD AID
MSUD diet

Homocystinémie

Albumaid X P
Low meth. Diet
Milupa HOM 1 et 2

Formatiert: Französisch
(Frankreich)

Hypertyrosinémie

Albumaid
Low phetyr diet
Milupa TYR 1 et 2
PT-AM 2

Hyperprolinémie

Pro-AM

Hyperglycinémie

GS-AM

Cystinémie

Albumaid X P Cyst.

Hyperlicinémie

Milupa LYS 1 et 2

Propionacidémie

Milupa OS 1 et 2

c) IC 271, 272, 274–279,
291–296, 341–346, 381–397,
456, 459, 481–487

Alfaré (Nestlé)
Biosorb 1500 (Nutricia)
Biosorb Drink (Nutricia)
Biosorb MCT(Nutricia)
Biosorb Sonde (Nutricia)
Poudre de Protéine (Fresenius)
Enlive Plus (Abbott)
Enrich Plus Drink (Abbott)
Ensure HP (Abbott)
Ensure Plus (Abbott)
Ensure Plus Fresh (Abbott)
Fortini (Nutricia)
Fortini Multi Fibre (Nutricia)
Frebini energy (Fresenius)
Frebini energy fibre(Fresenius)
Frebini original fibre (Fresenius)
Fresubin *hepa* (Fresenius)
Fresubin HP energy (Fresenius)
Fresubin energy (Fresenius)
Fresubin energy fibre
Fresubin original (Fresenius)
Fresubin original fibre (Fresenius)
Fresubin protein energy
Glucerna SR (Abbott)
Glutamine *Pus*
Huile (Ceres)
Intestamin (Fresenius)
Isosource Energy (Novartis)
Isosource Faser (Novartis)
Isosource Junior (Novartis)
Isosource Protein Fibre (Novartis)

Isosource Standard (Novartis)
Jevity (Abbott)
Jevity HiCal (Abbott)
Jevity Plus (Abbott)
Liprocil (Sopharga)
Maltodextrine (Maizena)
Margarine (Ceres)
Nepro (Abbott)
Novasource Diabet (Novartis)
Novasource GI control (Novartis)
Novasource GI Forte (Novartis)
Novasource Junior (Novartis)
Nutri Junior (Nutricia NL)
Nutricomp (SSC)
Nutricomp paed (SSC)
Nutricomp peptid (SSC)
Nutrison (Nutricia)
Nutrini (Nutricia)
Oral Impact (Novartis)
Osmolite (Abbott)
Osmolite HiCal (Abbott)
Pediasure Fibres Plus (Abbott)
Pediasure Plus (Abbott)
Peptisorb (Galactina)
Perative (Abbott)
Precitene (Wander)
Pregestimil (Bristol)
Prematil (Milupa)
ProSure (Abbott) Promote
Fibres (Abbott)
ProvideXtra (Fresenius)
Pulmocare (Abbott)
Reconvan (Fresenius)
Renilon 4.0 und 7.5 (Nutricia)
Resource Benefiber (Novartis)
Resource Diabet (Novartis)
Resource Energy (Novartis)
Resource Instant Protein (Novartis)

Formatiert: Englisch (USA)

Formatiert: Englisch (USA)

Formatiert: Englisch (USA)

Resource Meritene Protein
(Novartis)
Resource Support (Novartis)
Resource 2.0 Fibre (Novartis)
Scandishake Mix (Nutricia)
Shak (Sopharga)
Suplena (Abbott)
Supportan (Fresenius)
Survimed OPD (Fresenius)
Survimed renal (Fresenius)
Two Cal (Abbott)

Formatiert: Englisch (USA)

Supplément 2

Seules les contributions forfaitaires suivantes peuvent être versées pour l'intolérance à la gliadine:

<i>Classe d'âge</i>	<i>Fr. par année</i>
1 – 2 ans	600.—
3 – 6 ans	700.—
7 – 12 ans	1 050.—
13 – 20 ans	1 450.—

Pour la coeliakie (intolérance à la gliadine), l'AI verse une contribution annuelle au régime pour autant que cette affection soit attestée par un médecin au sens du ch.m. 279 CMRM. Jusqu'à l'âge de 15 ans révolus, la nécessité de ce régime devra être confirmée par un médecin tous les 5 ans puis tous les 2 ans.

Il n'est pas nécessaire de demander la présentation des factures d'achat des produits diététiques.

Annexe 4

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

La liste des orthopédistes ortho-faciaux reconnus par l'AI est publiée sur la page d'accueil de la SSO (www.sso.ch) et régulièrement mise à jour.

Renvois aux arrêts du TFA

1	RCC 1989,	222	15	RCC 1988,	487
2	VSI 1997,	126	16	RCC 1977,	124
	VSI 2002,	61	17	RCC 1974,	84
3	VSI 1998,	252	18	RCC 1983,	481
4	RCC 1989,	426	19	RCC 1971,	257
	RCC 1990,	502	20	RCC 1977,	165
5	RCC 1983,	429	21	RCC 1971,	349
6	RCC 1988,	96	22	VSI 1997,	116
7	RCC 1983,	429	23	VSI 1997,	126
8	RCC 1971,	257		VSI 2002,	61
9	RCC 1976,	416	24	VSI 2000,	23
10	RCC 1981,	518	25	VSI 2000,	65
11	RCC 1981,	518		VSI 2003,	104
	RCC 1991,	186	26	VSI 2003,	214
12	RCC 1973,	85	27	VSI 2000,	303
	RCC 1976,	416	28	VSI 2000,	300
	RCC 1988,	95			
	VSI 1999,	127			
13	VSI 1997,	126			
14	RCC 1963,	416			
	RCC 1969,	416			

Annexe 6**Liste des cas à soumettre à l'OFAS**

La liste suivante est classée selon les chiffres marginaux.
Dans chaque cas, le dossier complet de l'assuré doit être joint à la demande.

Chiffres marginaux		page
3	Les infirmités qui sont manifestement congénitales et qui ne figurent pas dans l'annexe de l'OIC (v. à ce propos le ch.m. 10)	A 2
462	[supprimé]	C 38
1240	[supprimé]	G 11

Index alphabétique

Les chiffres indiqués dans l'index se rapportent aux chiffres marginaux.

A

- Abandonnisme 404.2
 Accompagnant 1227, 1228
 Acides aminés, transport des 452
 Acidose rénale tubulaire 341
 Action récursoire c. tiers resp. 1108
 Activité lucrative 33 ss, 54, 71
 Acuité visuelle 411–428.1 ss
 Acupuncture 1000
 Affection comme telle, traitement 30, 36 ss
 Affections concomitantes secondaires 70
 Affectivité 404.5
 Aganglionose 278
 Albee, greffe d' 738/938
 Alcoolisme 645–647
 Allergies 621–625
 Amastie 113
 Amblyopie 427.1
 Améliés 176
 Amelogenesis 205
 Amotio retinae 661.1/.17, 1101
 Amputation 46,738/938.8, 1001/2
 Analyses 1205, 1206
 Anémies 323, 325.1
 Anisométrie 425.4
 Anomalies de la réfraction 11, 425.1 ss, 661/861.18/19
 Anorexie mentale 645–647.7
 Anthroposophes (médicaments) 1209
 Anticoagulants 655–657
 Anticorps 325.1, 490.1
 Aphasie 1032
 Aplasie 113, 152, 190
 Apnée 495, 497–499
 Aponévrose, résection de 738/938.8
 Apoplexie 44
 Appareil acoustique ancrage osseux 444.3, 671.5
 Appareil à distiller 1215
 Appareil circulatoire 682
 Appareils de traitement 459.2, 1215 ss
 Appareil locomoteur 731–738
 Appartement de vacances 1227
 Appendice auriculaire 443
 Artériosclérose 44, 655–657.2 et 3
 Arthrite 731/931
 Arthrodèses 57/58, 732/932.3/6, 733.2, 736.7, 737, 1049
 Arthrose 732, 733, 738/938.3, 1003, 1049,
 Asphyxie 497.1
 Aspiration de lait 494, 497.3
 Assurance maladie et accidents 15, 31, 77, 395, 856.1, 1104, 1208
 Ataxies 1043

Athélie congénitale 113
 Audiogramme tonal 444 671.1
 Autorisation cantonale de pratiquer 1201 ss
 Autotransfusion 1012

B

Balle médicale 1214
 Bégaïement 645–647.6
 Biométrie 661.7
 Biopsie 279
 Blessures 40
 Bobath, traitement selon 390.4
 Botox® 390.8
 Bronchectasie 241
 Brûlures 1028

C

Caecum mobile 276
 Camps de vacances 324.1, 381.2, 459.3
 Camptodactylie 177.1
 Camurati–Engelmann, dysplasie 461
 Capacité de gain (durée et importance) 30 ss, 66 ss, 72
 Caractère durable d'un traitement 63
 Cardiomyopathies 313
 Carence, délai de 56 ss, 645–647.5
 Caries 21, 201
 Cartilage 731–738
 Cataracte 70, 661/861.4 ss
 Cataracte secondaire 661/861.4/6
 Causalgie 1053

Cause adéquate, entière ou partielle 1101
 Cellules ganglionnaires 278
 Cérébro-vasculaires, maladies 655–657.1 ss
 Cerveau, maladie du 641–644
 Chambre d'isolement 1229
 Chéloïde 721
 Chiropractie 1201
 Cholestéatome 56, 671/871.3, 1055
 Chondropathie 738/938.7
 Cicatrices 341, 721
 Clavicule, pseudarthrose de 172
 Clear lens extraction 661.4, 661.19
 Coagulopathie 324.1 s
 Coats, maladie de 420
 Coeliakie 279
 Coeur 16, 70, 245, 313, 682/882.1 ss
 Colonne vertébrale 152, 736/936 ss, 1049
 Complexe de mesures 76
 Concentration, troubles de la 404.5
 Conseils en allaitement 1202, 1053
 Conseils nutritionnels 1018
 Contrôles médicaux 14, 16, 17
 Cordes vocales, paralysie des 1032
 Cornée, cicatrice de 661/861.2
 Corset 736/936.2, 737/937
 Cosmétiques 1207
 Coussin en mousse, 1215
 Coût du traitement 14, 72
 Coxa antetorta ou retortorta 171

Coxarthrose, 53, 732/932,
733/933
Crampes, accès de 498.1
Crise épileptique 387.3 ss
Cristallins 661/861.7 ss
Critère d'appréciation 32
Croissance, troubles de la 462,
1013, 1035
Crura vara 738/938.3
Cryptorchisme 355
Cures de bains 732/932,
736/936, 1004 ss, 1218,
1227
Cyclothymie 641–644, 645.4
Cyphose des adolescents 736
Cystinose 452
Cystinurie 452
Cytomégalie 493

D

Débilité métabolique 452
Débilité motrice 1043
Début et durée du droit aux
prestations 14, 15, 54, 60 ss
Début des prestations, report
du 604
Détachement de la rétine
661/861.1, 661/861.17, 1101
Décompression, opération de
1010
Défiance immunitaire 326.1
Dégénérescence tapétoréti-
nienne 661/861.4
Déglutition, troubles de la 214
Démence 403.2, 404.10
Dentinogenesis 205
Dérotation, ostéotomie de 171
Diabète insipide néphrogène
341, 462

Diabète sucré 5, 451.1 ss, 623
Dialyse 1010
Diastématomyélie 381.1 et 2
Diététiciens 1202
Diététique 452, 1205, 1207
Digitus superductus 177.1
Discale hernie 736, 1024
Disque 731–738
Division hospitalière commune
1228 ss, 1242
Doigt à ressort 191
Domicile, traitement 1200,
1220, 1232 ss, annexe 3
Dos rond 736/936.2
Double traitement 1211
Dyskinésie primaire des cils
247.5
Dysostose 11, 123, 172
Dyslexie 1025
Dysmélie 176
Dysplasie congénitale de la
hanche 183.1 ss
Dysplasie de la rotule 177.4
Dysplasie dentaire 205
Dystrophie musculaire 184
Dystrophie myotonique 184

E

Ecole spéciale 76, 404.4, 645–
647.7
Electroencéphalogramme
(EEG) 387.8–11
Elixir 1207
Embolie 45, 655–657.2 et 3
Embryopathie 10, 493
Emphysème lobaire 242
Encéphalite léthargique 655–
657.3
Encéphalocèle 381.1/2

Encéphalomyélite 655–657.3
 Endocardite prophylaxie 313
 Endoprothèse 731/931
 Entéropathie exsudative 326.1
 Enzymes, affection des 323, 452
 Epaupe 738/938.5 et 6
 Epilepsie 8, 387.1 ss, 404.10, 654/854,
 Epilepsie bioélectrique 387.2
 Epilepsie clinique 387.9
 Epilepsie post-natale 654/854
 Epiphysiodèse 1013
 Epiphysiolyse 53, 734
 Epulis 22
 Equitation thérapeutique 390.5, 1021
 Eréthique, comportement 403.1 ss
 Ergothérapie 1014 ss
 Erythrocytes 323
 Esthétique, opération à but 721, 738/938.3, 1037
 Etablissement de cure 1222, 1229
 Etablissement hospitalier 51, 390.7, 1200, 1219 ss, 1227, 1229
 Etat (relativement) stabilisé 36 ss, 50, 53, 63, 601–604/801–804, 645–647.1, 671/871.6, 712/912, 733/933.2, 735/935.1, 738/938.5, 7, 8, 1028, 1032, 1036, 1038, 1052, 1238
 Etat de santé 38
 Etat pathologique labile 41 46
 Etranger, mesures à l' 1235 ss
 Eurythmie 1019
 Examens génétiques 1020

Examensneuropsychologiques 387.16
 Exercice d'une activité lucrative 33 ss, 71
 Exostose 738/938.1
 Expertise médicale 387.14 1100, 1101

F

Faculté sensorielle 404.5
 Fémur épiphysiolyse du 54, 734/934
 Fémur, condyle externe 738/938.5
 Fibroplasie rétrodentale 420
 Fibrose kystique 459.3
 Fissure labiale 201
 Fistules préauriculaires 443
 Foetopathies 493
 Foie, rupture du 499
 Formation, aptitude à suivre 35
 Frais, garanties 1208
 Frais de guérison 1100, 1105
 Frais de location 278
 Frais de séjour accompagnants 1227/1228
 Frais de transport 1243 ss

G

Galactosémie 451.1 ss
 Genou 733/933.1
 Genua vara 1037
 Glaucome 661/861.4 ss
 Gliadine, intolérance à la 279
 Glomérulopathies 341
 Gluten 279
 Gocht, opération de 738.6

Gonarthrose 70, 733/933
 Gonatrophine 355
 Greffe de la cornée 661/861.2
 Guberina Tomatis (méthode de) 1033
 Guillain-Barré 604
 Gymnastique 1007,1202

H

Hallux valgus 177.1, 738.4
 Harrington, opération de 737/937.3
 Haverich à trois roues 1215
 Hématurie 341
 Hémianorchie 355, 466
 Hémiplégie 60
 Hémodialyses 1011
 Hémophilie 324.1/2
 Hernie 190, 276, 280, 302, 736/936.5, 1024, 1224
 Hippothérapie 390.5, 1021
 Homéopathie (médicaments) 1209
 Hydrate de carbone, métabolisme du 451.1
 Hydrocéphalie 655–657.3, 1238
 Hydromyélie 381.1 et 2
 Hyperammoniémie 452
 Hyperbilirubinémie 325.1–3
 Hypercalcémie 341
 Hyperoxalurie 451.1 ss
 Hypertension pulmonaire primitive 313
 Hypocalcémie 498.1/2, 494
 Hypoglycémie 498.2, 451.1 ss
 Hypomagnésimie 494
 Hypoparathyroïdisme 498.1
 Hypophosphatasie 461

Hypophysaire, nanisme 462
 Hypothalamohypophysaire fonction 462
 Hypotonie musculaire 390.2

I

IDS 326.1
 Iléus du nouveau-né 277
 Iléus sur bride 277
 Implant cochléaire 445, 671/871.4
 Infarctus cérébral 655–657.3
 Infectieuses, maladies 38, 46, 56, 326.1, 493, 601–604, 1001
 Infections néonatales 46, 495–499
 Infection-VIH 490, 1101
 Infirmité congénitale 1 ss
 – affection consécutive à 11,12
 – causes multiples 10
 – délimitation congénitale/acquise 7 ss, 22
 – droit aux prestations 14 ss
 – notion 4, 22
 Infirmité polysymptomatique 10
 Inhalateur 1215
 Inhibiteur des agrégats 655, 657.2/3
 Inhibition motrice 1043
 Instabilité motrice 1043
 Insuffisance coronarienne 682/882.1 ss
 Insuffisance du cardia 280
 Intercurrente, affection 12
 Intertrochantérique, ostéotomie 70

Intolérance à la fructose
451.1 ss
Intolérance à la gliadine 279
Invalidité
– notion 32, 35
– survenance 35
– menace invalidité imminente
35

J

Jaffé-Lichtenstein, ostéo-
dystrophie de 461
Jambes en O 738/938.3, 1037
JCA (Juvenile chronique ar-
throse) 731.2

K

Kératocônes 661.2
Kératoglobes 661.2
Kératoplastie 661.2
Köhler, morbus 177.5
Krogius, opération de 738.6
Kyste 731–738
Kystes arachnoïdiens 381.1 et
2
Kystes dermoïdes 103

L

Lait 278, 451.1, 494
Laminectomie 736/936.5, 1024
Laparoschisis 302
Laryngectomie 1032
Lentilles 425, 661/861.9 ss
Lésions cérébrales 655–657
Lésions neurologiques 499
Lèvre glénoïdienne 738/938.5

Levure fraîche 1207
Ligaments 731–738
Ligne blanche 190
Lisyte
– des médicaments avec tarif
1205
– des spécialités (LS) 1205
Listyériose 493
Locomotion, organes de 731-
738
Luèys 493
Lunettes 411–428.3 ss, 425,
427.1, 661/861.1 ss, 1215
Lunettes de soleil 418
Luxations 41 ss, 177.4, 499,
738/938.5

M

Macroglossie 214
Malades mentaux 1016
Maladie
– cérébro-vasculaire 655–
657.1 ss
– de Coats 420
– infectieuses et parasitaires
38, 601–604
– de Perthes 735/935
– de Scheuermann 736/936
Malformations de l'oreille
443 ss
Matelas antiescarres 184
Matériel de traitement 1215 ss
Maternité 495 ss
Médicaments
– général, 1205 ss, 1218,
1233
– homéopathiques 1209
Membrane hyaline 247.1,
497.4, 499

Ménage, activités dans 64
 Méningocèle 381.1 s
 Méningocéphalite 654/854
 Mesure d'incapacité de gain 35
 Mesures médicales de ré-
 adaptation 1100, 1101,
 1105/6
 Mesures médicales
 – début et durée du droit
 14 ss, 54
 Méningocéphalite 654/854
 Métaboliques néonataux, trou-
 bles 495 ss
 Métabolisme des albumines
 452
 Microglossie 214
 Moelle épinière 856.1
 Mongolisme 6, 10, 390.2,
 403.3 (v. trisomie 21)
 Monitoring à la maison 247.3,
 495, 497–499
 Morphée 721/921.3
 Mucoviscidose 459.1/3, 1215
 Muscle transverse de
 l'abdomen 190
 Musicothérapie 1026
 Mutisme électif 645–647.6
 Myéloméningocèle 381.1/2,
 655–657.3
 Myéloplaxome 123
 Myopathie 184
 Myopie 425.1, 661/861.4

N

Naevi vineux 109
 Naissance accomplie, notion 4
 Nanisme hypophysaire 462
 Narcolepsie 390.2
 Narcose 13, 403.2

Nébuliseur 459.2
 Nécessité du traitement 14, 16
 Néphrite 341
 Néphronoptise 341
 Néphrose lipoïdique 341
 Nerf facial 1010
 Nerf péronier 1010
 Nerf, suture secondaire d'un
 47, 1048
 Nerfs périphériques 1010
 Neurinome 48
 Neurofibrome 11, 481
 Névrose 76, 645–647
 Nourriture parentérale à domi-
 cile (NPD) 1233
 Nutritionnels conseils 1202,
 1218
 Nutrition, maladie de la 621–
 625
 Nystagmus 390.3

O

Oeil, infirmités 411–428.1 ss,
 661/861, 1214
 Oligophrénie 403.1 ss, 404.1,
 493
 Ombilicale, hernie 302
 Omphalocèle 302
 Opérable, caractère 81
 Opération à but esthétique
 1027 ss
 Opérations plastiques
 738/938.6, 1028
 Orbite, kyste de l' 103
 Orchidopexie 355
 Oreille, 443 ss, 671/871, 1051,
 1055
 Organes des sens 661/861 ss
 Organes génitaux 711/911

Orteils 738/938.4
 Orteils, ptérygion des 102
 Orthophonie 1025
 Os naviculaire cornutum 177.1
 Os tibial 177.1
 Os vesalianum 177.1
 Ostéochondrose 736/936.1
 Ostéoclastome 123
 Ostéodystrophie de Jaffé-
 Lichtenstein 461
 Ostéotomie 20, 70, 1035 ss

P

Paralysie
 – ataxique 390.1 ss
 – athétosique 390.1, 1043
 – début des prestations 60,
 604, 856.4
 – général 60, 64, 71, 77, 80,
 603/604, 655–657.1 ss,
 1043
 – oculomotrice 428
 – spastique 390.1 ss
 Paramédical, auxiliaire 1200,
 1223
 Paraplégie 856.1 ss,
 Parents 1223
 Parésie 397, 428
 Parties molles, affections des
 177.1
 Pédo-audiologique, examen
 444.2
 Perception, troubles de 390.4,
 404.5
 Personnalité, troubles de la
 641–644
 Personnel paramédical
 1200 ss, 1223
 Phalange, flexion de 191
 Phénylcétonurie 452
 Phocomélie 176
 Photothérapie 325.3
 Physiothérapeute 1202
 Pied bot 182.1
 Pied metatarsus varus 182.1
 Pied varus équin 182.1
 Pied plat 193
 Polyarthrite 731
 Polyomyélite 61, 65, 603, 683–
 685
 Polyradiculites 604
 Pompe à lait 278, 494
 Poneythérapie 1021, 1042
 Porus sacral 381.1
 Poumons, rupture 499
 Prépondérance de la réadap-
 tation 51
 Prêt de moyens auxiliaires
 1217
 Privée, chambre 1228
 Problèmes de croissance ré-
 nale 341.2
 Produits diététiques 278/279,
 452, 459.1, 1205, 1207
 Prolapsus anal 276
 Prophylaxie 38, 53, 325.3,
 655–657.2, 712/912, 734–
 934.3, 955, 1013
 Protection articulaire 324.2
 Prothèse valvulaire 682/882.1
 Pseudodébilité 645–647.6
 Psoriasis 731/931.2
 Psychopathie 645–647.1
 Psychoses primaires du jeune
 enfant 406, 1043
 Psychoses 641–644
 Psychosyndrome 404.1 ss,
 1043
 Psychothérapeutes 1202

Ptérygions 102
 Pulsions, troubles des 404.5
 Pupillotonie 390.2

R

Rachitisme 461
 Radiographie 20, 208–210.3,
 732–932.5
 Raisons d'importance 1239
 Rate, rupture de la 499
 Réadaptation selon 12–13 LAI
 – critères d'appréciation 32
 Rebord alvéolaire 123
 Recours contre les tiers res-
 ponsables 1108
 Reflux gastro-oesophagien 280
 Reflux vésico-urétral 346
 Régime 279, 451.2, 452,
 459.1, 1207
 Rehaussement du talon 1035
 Rein artificiel 1012
 Reins, affection des 70, 499,
 711/911
 Respiration artificielle 47
 Responsabilité 1100 ss,
 1104 ss
 Responsabilité de tiers 1108
 Rétine, modification de la 70,
 1101
 Rétinopathie diabétique 661.4
 Réutilisation d'appareils 1217
 Rhumatisme articulaire
 731/931
 Risques art. 11 LAI 12,
 1100 ss
 – d'accidents 1105
 – de maladies 1106
 – inhérents aux mesures 1101
 Risques particuliers 1103

Rotule 177.4, 738/938.7
 Rythme, troubles du 313

S

Sang, maladies du 631/831
 Sarcoïdose 420
 Schizophrénie 641–644, 645.4
 Scientifique, caractère 1218
 Sclérodactylie 721/921.4
 Sclérose
 – en plaques 655–657.3
 – latérale amyotrophique 655–
 657
 Scolarisation, capacité de 35,
 390.8
 Scoliose congénitale 737/937
 Sein, opération du 1029
 Séquelles (v. état stabilisé) 37
 Séquestration pulmonaire 245
 SIDA 247.4
 Sirénoïdes malformation 176
 Situs intestinal, anomalie du
 276
 Soins à domicile 390.6, 495,
 1200, 1220 s, 1232 ss,
 Soins journaliers 1221
 Soundbridge 444.3, 671.6
 Spastiques, paralysies 390.1 s
 Spécialistes en orthopédie
 maxillaire 208-210.2, 214,
 Annexe 4
 Spina-bifida 152, 381.1
 Spiritueux 1207
 Spondylarthrose 736/936.4/6
 Spondylodèse 736/936.7,
 1049/1050
 Spondylolise 736/936.7
 Spondylose 736/936

Squelette 731–738, 738/938.5,
 1036.5
 Stéréotactique, opération 1052
 Strabisme
 – alternant 427.2
 – concomitant 427.1, 428
 – paralytique 428
 Succès de la réadaptation
 64 ss, 69 ss, 390.8, 1101
 Succession de mesures médi-
 cales 52
 Supports plantaires 177.2. ss,
 182.2
 Surdité 445, 671/871 ss
 Surrénales, rupture des 499
 Suture secondaire 1048
 Suture secondaire d'un nerf
 49, 1048
 Sympathectomie 1054
 Syndrome psycho-organique
 (SPO) 404.1 ss, 1043
 Syndrome
 – d'Adie 390.2
 – d'Alagille 291
 – d'Alport 341
 – d'Apert 123
 – de d ficiency immunitaire
 (IDS) 326.1
 – de détresse respiratoire
 247.1, 494
 – de Kallmann 462
 – de Klippel-Freil 152
 – néphrotique 341
 – oculo-cérébro-rénal de Lowe
 452
 – de Poland 190, 113
 – de Prader-Willi 462
 – du tunnel carpien 1011
 – de Watson-Alagille 291
 Syndrome de Turner 466

Synevectomie 731/931.2
 Syringom lie 655–657.3, 1041
 Symphonix System 443.3,
 671.6

T

Tache de vin 109
 Tapotements, appareil à 459.2
 Tendons 731–738, 856
 Ténosynovite 191
 Tension intra-oculaire 1101
 Tératome 103
 T traplegie 856.1 ss
 Thérapie myofonctionnelle
 208–210.6
 Thérapie neuropsychologique
 655–657
 Thorax, malformations du 167
 Thrombocytopathie 324.1,
 655–657.3
 Tibia, ostéotomie du 70
 Tissu conjonctif, maladie du
 738/938.8
 Tomatis, méthode 1033
 Tonus musculaire 395
 Toxicomanie 645–647.2
 Toxoplasmose 493
 Traitement à domicile (ambu-
 latoire) 1200, 1220, 1232 ss,
 Annexe 3
 Traitement dentaire 13, 403.2
 Traitement intensif 390.8, 494,
 495 ss
 Traitement médical accessoire
 51, 76
 Traitement
 –   l'étranger 1235 ss
 – sans obligation de presta-
 tions 21

Traitements orthoptiques 1227
Transplantation d'organes
1030
Transport, moyen de 1243
Transport par hélicoptère 1248
Trijumeaux, névralgie du 1052
Trisomie 21 6, 10, 390.2, 403.3
Troubles
– circulatoires périphériques
683–685, 1001
– du comportement 404.5,
387.5, 645–647.1
– de la compréhension et de la
perception 404.5
– de la motricité 390.1 ss
– du spectre autistique 405
– psychiques 1045
– psycho-moteurs 1043
– des pulsions 404.5
– respiratoires 214, 247.1,
495 ss, 497.2
Tuberculose 493
Tubulopathie 341
Tumeur à myéloplaxes 123
Tumeur cérébrale 384, 655–
657.3
Tympanoplastie 57, 671/871.3,
1055

U

Urée, cycle de 452
Uvéite 420

V

Vaccinations 1023
Vaisseaux, malformation des
313, 655–657

Valve cardiaque 682/882
Varices 52
Varilux 661/861.15
Velopharyngoplastie 701/901
Verbo-tonal (méthode de
Guberina-Tomatis) 1025
Verres de contact, v. lentille
Vertèbres
– aplasiques 152
– dysplasiques 152
– bifides 152
Viatique 1227, 1243 ss
Vitamine D 461
Voies biliaires 291
Voies respiratoires 691/981
Voies urinaires 711/911

W

Wolff-Parkinson-White 313