



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} juillet 2016

318.507.06 f

07.16

Remarques préliminaires

Chiffres adaptés, complétés ou nouveaux au 1^{er} juillet 2016 :

Chiffres marginaux modifiés	Modification
Généralement	Usage homogène de « l'assuré » (au lieu de « la personne assurée »)
6	Adaptation rédactionnelle (utilisation homogène de « voir » au lieu de « cf. »)
6.1	Nouveau
10	Adaptation rédactionnelle (utilisation homogène de « voir » au lieu de « cf. »)
31	Adaptation rédactionnelle (utilisation homogène de « voir » au lieu de « cf. »)
63	Adaptation rédactionnelle : La précision « jusqu'à l'âge de 20 ans » a été ajoutée
163	Nouveau
164	Corrections orthographiques
280	Nouveau
324.2	Adaptation rédactionnelle

384	Adaptation rédactionnelle : La précision « jusqu'à l'âge de 20 ans » a été ajoutée
390.2	Adaptation rédactionnelle (suppression de la trisomie 21)
403.3	Adaptation rédactionnelle (la trisomie 21 est remplacée par le syndrome de Smith-Magenis)
485.1	Adaptation rédactionnelle : La précision « jusqu'à l'âge de 20 ans » a été ajoutée
489	Nouveau (trisomie 21)
603	Adaptation rédactionnelle : La précision « jusqu'à l'âge de 20 ans » a été ajoutée
1020	Adaptations de contenu : ajout d'une précision
1021	Adaptation rédactionnelle : La précision « jusqu'à l'âge de 20 ans » a été ajoutée
1025	Adaptation rédactionnelle : changement de formulation
1031	Supprimé
1051.1	Nouveau
1051.2	Nouveau

1210	Adaptation de contenu : complément
Annexe 1	Modifié selon annexe OIC
Annexe 2	<ul style="list-style-type: none">• Plusieurs fois : Remplacement de l'expression « assurés mineurs » par « assurés jusqu'à l'âge de 20 ans »• let. f : adaptation de contenu (correction de « défaut de synthèse de BH4 »)• Tableau D) Liste de produits en cas de maladies métaboliques : Médicaments (annexe 1) : Adaptations (nom de marque)

Table des matières

Abréviations.....	10
1^{re} partie Généralités sur le droit aux mesures médicales de l'AI	A 1
Chapitre 1 Droit aux mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI pour le traitement de maladies au sens de l'art. 3 LPGA.....	A 2
1.1 Notions et principes.....	A 2
1.2 Délimitations	A 4
1.3 Début et durée du droit.....	A 6
1.4 Contrôles médicaux	A 7
1.5 Cas particuliers	A 7
1.6 Modifications de l'OIC	A 9
Chapitre 2 Droit aux mesures médicales de réadaptation au sens de 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 3
2.3.1 Généralités.....	B 3
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 6
2.4 Délimitation dans le temps par rapport au traitement de l'affection comme telle	B 7
2.4.1 Début de la réadaptation médicale.....	B 7
2.4.1.1 En général.....	B 7
2.4.1.2 Suites du traitement d'une maladie ou d'un accident.....	B 7
2.4.1.3 Début du droit aux prestations en particulier lors de paralysies.....	B 8
2.4.2 Durée de la réadaptation médicale.....	B 9
2.4.2.1 Généralités.....	B 9

2.4.2.2	Durée des mesures médicales de réadaptation en cas de paralysie et d'autres troubles fonctionnels de la motricité.....	B	9
2.5	Répercussion indispensable sur la capacité de gain, la formation professionnelle ou la capacité d'accomplir les travaux habituels.....	B	10
2.6.	Ensemble de mesures à caractère de réadaptation prépondérant.....	B	11
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	12

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	14
1.6	Oesophage, estomac et intestins	C	15
1.7	Foie, voies biliaires et pancréas	C	17
1.8	Paroi abdominale	C	17
1.9	Cœur, vaisseaux et système lymphatique.....	C	18
1.10	Sang, rate et système réticulo-endothélial.....	C	18
1.11	Système uro-génital	C	20
1.12	Système nerveux central, périphérique et autonome	C	21
1.13	Maladies mentales et graves retards du développement.....	C	29
1.14	Organes des sens	C	34
1.15	Métabolisme et glandes endocrines	C	38
1.16	Malformations congénitales touchant plusieurs systèmes organiques	C	41
1.17	Autres infirmités	C	43

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	6
2.6.3.1	Droit	D	6
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		16
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 maladie de Scheuermann	D	18
2.13.7	Spondylolyse et spondylolisthésis	D	19
2.13.8	Scolioses idiopathiques.....	D	20
2.13.9	Autres altérations des os et des organes du mouvement (ligaments, muscles et tendons)	D	21

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
4^e partie	Etendue et application des mesures.....	G 1
4.1	Traitement par des médecins ou des auxiliaires paramédicaux.....	G 1
4.2	Prise en charge des frais de médicaments et d'analyses	G 2
4.3	Appareils de traitement	G 4
4.4	Caractère scientifique, simplicité et opportunité de la méthode de traitement.....	G 5
4.5	Traitement dans un établissement hospitalier	G 5
4.6	Traitement à domicile	G 8
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 10
4.7.2.1	Frais de traitement	G 10
4.7.2.2	Frais de transport, y compris le viatique	G 10
4.7.2.3	Justificatifs et établissement des frais	G 11
4.8	Frais de transport par hélicoptère.....	G 12
5^e partie	Dispositions finales et transitoires	H 1
Annexe 1	Ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC).....	I 1
Annexe 2	Produits alimentaires diététiques dans l'AI.....	I 17
Annexe 3	L'annexe 3 « Directives sur les soins à domicile (art. 4 RAI) » a été supprimée le 1er janvier 2004.....	I 25
Annexe 4	Registre des spécialistes SSO en orthopédie dento-faciale	I 26
Annexe 5	Renvois aux arrêts du TFA	I 27
Annexe 6	Liste des cas à soumettre à l'OFAS	I 28
Annexe 7	Directives médicales relatives aux IC 404	I 29

Index alphabétique K 1

Abréviations

AI	Assurance-invalidité
al.	alinéa
AM	Assurance militaire
art.	article
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
ch.	chiffre marginal
CIIAI	Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'AI
CMRP	Circulaire sur 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

1^{re} partie

Généralités sur le droit aux mesures médicales de l'AI

Chapitre 1

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

1.1 Notions et principes

- 1
1/03 Les assurés ont droit jusqu'à l'âge de 20 ans révolus, sans égard aux futures possibilités de réadaptation à la vie professionnelle, aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 13 LAI en relation avec les art. 3 et 8, al. 2, LPGA), 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. 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA.
- 2
1/03 L'AI ne peut cependant octroyer des prestations en vertu de l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA 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. 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. Bundesverwaltung

- 5
1/05
- 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
1/03
- 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 dans le cas du syndrome de Smith Magenis (délétion 17p11.2), 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 (par ex. sténose aortique sous-valvulaire, malformation cardiaque en cas de syndrome de Smith Magenis).

- 6.1
7/16
- L'AI prend en charge les mesures médicales nécessaires, ordonnées par un médecin, qui sont efficaces, appropriées et économiques (critères EAE). Les mesures médicales de l'AI comprennent des médicaments, des interventions chirurgicales, des traitements de physiothérapie, de psychothérapie et d'ergothérapie ainsi que des appareils de traitement qui répondent à ces critères.

L'AI ne prend pas en charge les prestations médicales qui ne remplissent pas les critères EAE (par ex. la musicothérapie).

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 ; par ex. syndrome de Smith Magenis [délétion 17p11.2] 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

requis pour le traitement de chacun d'eux sont remplies (voir également ch. 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 (voir ch. 18). Il importe cependant de fixer des exigences sévères à la reconnaissance d'un lien de causalité qualifié entre une infirmité congénitale et une atteinte à la santé secondaire (ATF 100 V 41, consid. 1a).

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 au 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. 51).
- 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 ch. 403.2.

1.3 Début et durée du droit

- 14
3/12
- 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. Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale reconnaît qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2, al. 3, OIC). Les prestations octroyées doivent être économiques. Il faut que la décision de l'office AI permette de connaître le genre, la durée (horizon temporel) et, autant que possible, le volume (intensité et/ou fréquence, nombre de séances de physiothérapie ou de psychothérapie) et le but de la prestation, sachant qu'une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée et doit autant que possible être coordonnée avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là.

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

- 15
- De par la loi, ce droit s'éteint sans exception au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré accomplit sa vingtième année, même si un traitement continue au-delà de ce terme (art. 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. 73 ss).

1.4 Contrôles médicaux

- 16 Les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale reconnue comme telle (en particulier en cas de malformation cardiaque) 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. 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, à moins qu'on ne constate une autre infirmité congénitale. Lorsque l'assuré a 20 ans révolus, c'est l'art. 3 OIC qui s'applique (voir ch. 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, non plus que 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. 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 les ch. 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
1/03 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
1/05
- En général, les modifications de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales prennent effet au 1^{er} janvier.
- Pour les nouvelles infirmités ajoutées à la liste, l'AI peut prendre en charge des prestations à partir de la date de l'entrée en vigueur de la modification de l'ordonnance. 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 trois mois au plus après la modification de l'ordonnance.
- 24 à 29 [supprimés]

Chapitre 2

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

Conditions d'octroi

2.1 Principe

- 30
1/03
- 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. 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 est aussi tenue à prestations à titre subsidiaire dans le contexte 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
3/12
- 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. 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.

Les mesures doivent être indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate (art. 2, al. 1, RAI). Les prestations octroyées doivent être économiques. Il faut que la décision de l'office AI permette de connaître le genre, la durée (horizon temporel) et le volume (intensité et/ou fréquence, nombre de séances de physiothérapie ou de psychothérapie) et le but de la prestation, sachant qu'une mesure médicale doit autant que possible être coordonnée avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là.

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

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
1/05 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 sur l'invalidité et l'impotence dans l'AI). Une pleine capacité de travail exclut l'invalidité.

34 [supprimé]

35
1/05 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 et 37 [supprimés]

2.3 Correction de séquelles stabilisées ou de troubles fonctionnels

2.3.1 Généralités

38
1/03 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
1/03 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. 13 LAI en relations avec l'art. 13 LPGA et le ch. 54 – de prophylaxie systématisée⁷.

- 41 Pour déterminer si l'on se trouve en présence de séquelles stabilisées au sens du ch. 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 pathogenèse de l'affection est sans importance.
1/03 Ainsi, les mesures destinées à agir sur un état pathologique labile relèvent également du traitement de l'affection comme telle lorsque l'infirmité en question découle d'un état de fait qui a précédemment fondé un droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 12 LAI ou de l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA⁸.

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. 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. 60 ss ;

-
- 46 – le traitement d'un symptôme stabilisé d'une maladie qui continue à évoluer et qui reste donc labile ;
- 47
1/05 – la physiothérapie nécessitée par des paralysies, tant qu'une respiration artificielle ou que des traitements internes de thromboses ou d'embolies pulmonaires doivent être effectués. Pour la physiothérapie de durée indéterminée, voir également ch. 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 si l'amputation devient nécessaire 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. 46 et 76)⁹.
- 51 Lorsqu'un acte médical ne peut pas être classé indubitablement dans l'un des groupes mentionnés aux ch. 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
1/03 mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI, alors même qu'il n'existe pas encore d'état stabilisé ou relativement stabilisé, lorsqu'on peut s'attendre avec une certitude suffisante à ce que les mesures préconisées permettent d'éviter la menace ultérieure de graves séquelles stabilisées, difficilement corrigibles, susceptibles d'influencer d'une manière importante la capacité de gain ou la formation professionnelle (art. 5, al. 2, LAI en relation avec l'art. 8, al. 2, LPGA). Cependant, il doit exister une atteinte à la santé. La prophylaxie des maladies proprement dite ainsi que les mesures qui se bornent à repousser le moment de l'installation d'un état stabilisé sont toutefois exclues. Pour la durée de ces mesures, voir le ch. 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 l'assuré a pu exercer une activité professionnelle pendant ce temps-là, dans les limites de ses aptitudes résiduelles.

Exemples

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

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

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

2.4.1.3 Début du droit aux prestations en particulier lors de paralysies

- 60
1/05 Dans les cas de paralysies irréversibles et d’autres troubles fonctionnels de la motricité pour lesquels le passage du traitement de l’affection comme telle à la réadaptation proprement dite n’est pas net, les mesures médicales doivent être prises en charge à partir du moment où, dans l’état actuel des connaissances médicales, le traitement de l’atteinte à la santé causale est généralement considéré comme achevé ou n’a plus qu’une importance secondaire. Chez les assurés adultes, en général, on devrait être confronté à une situation semblable au ch. 65.
- 61 En cas de paralysie transverse de la moelle épinière et de poliomyélite, ce moment est réputé survenu, en règle générale, quatre semaines après le début de la paralysie (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. 77, et pour les mesures thérapeutiques de durée indéterminée, voir ch. 65.

2.4.2 Durée de la réadaptation médicale

2.4.2.1 Généralités

- 62 Les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI sont en principe des actes uniques ou limités dans le temps, jusqu'au 20^e anniversaire de l'assuré (voir ch. 65).
- 63 Dans le cas des assurés jusqu'à l'âge de 20 ans 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. 54)¹¹. Il faut encore que le pronostic favorable soit établi avec une vraisemblance suffisante (arrêt 8C_805/2009 du 26.4.2010, consid. 3.2).

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

- 64 Dans les cas de paralysie et d'autres troubles fonctionnels de la motricité qui peuvent être pris en charge conformément à l'art. 12 LAI (voir ch. 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 les contractures) doivent être accordées aussi longtemps que, dans l'état actuel des connaissances, l'on peut s'attendre à une amélioration de la fonction musculaire. Cette amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels (par ex. le ménage) doit être, selon toute probabilité, importante et durable (voir ch. 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 relation avec l'art. 2, al. 3, RAI¹².

66 [supprimé]
1/05

2.5 Répercussion indispensable sur la capacité de gain, la formation professionnelle ou la capacité d'accomplir les 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.
1/09

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 ch. 40).

70 [supprimé]

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

72 à 74 [supprimés]

75 Les infirmités auxquelles l'OIC n'accorde, dans certaines conditions, qu'une importance mineure (par ex.

205 ss OIC, ch. 18 s.) 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 ch. 645 à 647.1 ss. Les mesures médicales qui ne relèvent pas de l'art. 12 LAI ne peuvent pas être prises en charge au titre de mesures de réadaptation professionnelle, même si ces mesures médicales (par ex. psychothérapie) complètent des mesures professionnelles (de façon importante).

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).
- 1/03

- 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 l'assuré 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 paralysie irréversible, l'AI doit accorder des prestations selon les ch. 60 ss.

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

- 81
1/03 La condition essentielle mise à l'octroi de mesures médicales de réadaptation en vertu de l'art. 12 LAI est la possibilité raisonnable d'améliorer de façon durable et importante la capacité de gain (voir ch. 34) ou de la préserver d'une diminution notable. Dans tous les cas, il y a lieu d'admettre que des examens complets ont été réalisés et que des examens complémentaires importants ne sont plus nécessaires avant que se pose enfin la question de l'annonce à l'AI. Il faut en conclure que, au cas où l'AI a reconnu une opération à effectuer en milieu hospitalier au titre de mesure médicale de réadaptation, l'assurance est en règle générale tenue à prestations à partir du moment où l'assuré est admis à l'hôpital.

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

82 En cas d'opération ambulatoire, le contrôle peut aussi être pris en charge s'il est effectué immédiatement (de un à trois jours généralement) avant l'intervention et s'il est directement lié à l'opération.

83 à 100 [supprimés]

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 celle de la statistique des infirmités de l'AI qui, elle-même, reprend pour les infirmités congénitales les chiffres 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'œil (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).

Nævus 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 nævus doit déjà être présent à la naissance. Les nævus vigneux peuvent aussi être classés sous ce chiffre. Ni l'excision chirurgicale en deux ou plusieurs étapes ni un traitement indispensable des nævus vigneux 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).

Thorax en entonnoir, lorsqu'une opération est nécessaire

- 163
7/16 Le traitement du thorax en entonnoir par vacuothérapie au moyen d'une cloche d'aspiration – qui est une mesure médicale et non une orthèse – n'est pas pris en charge par l'AI, car il ne constitue pas une opération. De

plus, l'efficacité de la méthode n'est pas prouvée, et celle-ci n'est prévue que pour les cas bénins.

Thorax en carène, lorsqu'une opération ou une orthèse sont nécessaires

- 164
1/16
- Le système de compression dynamique est un dispositif qui peut être utilisé en lieu et place d'une opération ou d'une orthèse usuelle pour traiter, en cas de besoin, un assuré présentant de naissance un thorax en carène. Le besoin est apprécié par le médecin traitant (orthopédiste pédiatrique, en règle générale). Le dispositif est pris en charge par l'assurance uniquement sur indication d'un médecin spécialiste.

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 plusieurs 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 à 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, dysmélies et phocomélies

- 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 reconnues 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 à condition qu'ils représentent un complément important de la mesure médicale.
- 177.4 Ni la dysplasie de la rotule (type Wiberg ou autre), ni une rotule haute, ni toute autre anomalie de position de la rotule, ni même une dysplasie du condyle fémoral externe, n'entrent dans la catégorie des infirmités relevant du ch. 177 OIC 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 (par ex. maladie de Köhler) ne constituent pas des infirmités congénitales, mais sont des maladies osseuses qui ne doivent être prises en charge par l'AI ni sur la base de l'art. 12 LAI, ni sur celle de l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA. Le ch. 461 OIC demeure réservé.
- 177.6 Les infirmités congénitales qui relèvent en elles-mêmes d'une autre infirmité congénitale de ce chapitre (chap. II de l'annexe de l'OIC) 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'AI.

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 ch. 183 OIC peut être reconnue par ultrasonographie :
- à la naissance, si l'on est en présence d'une infirmité de type Ilc 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 Ila 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 Ilc ou plus grave, on parle de type Ila. 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 Ila 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 au sens du ch. 183 OIC n'est pas démontrée, les ultrasonographies doivent être classifiées comme dépistage et ne sont pas remboursables par l'AI.
- 183.6
1/03 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 suivants 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.

Aplasia 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. 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 souvent 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 (par 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 prestations lorsque, d'une manière ou d'une autre, elles doivent

être arrachées pour des motifs parodontologiques ou en raison de caries.

1/05 Les remarques de la notice « Informations pour les dentistes concernant l'assurance-invalidité » sont à prendre en considération ; elles font partie intégrante de la présente circulaire.

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
1/03 dans la catégorie visée sous ce chiffre. L'absence d'ébauches de dents permanentes compte comme 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. L'AI est tenue à prestations dès le moment où les critères de déviation sont remplis.
- 208–210.2 L'examen de ces anomalies relève de la compétence exclusive :
- des cliniques d'orthopédie maxillaire d'un institut dentaire universitaire, et
 - des spécialistes 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 l'assuré directement à l'un des spécialistes susnommés pour examen. L'original du rapport d'« Examen médico-dentaire » est adressé à l'office AI en même temps que la facture y relative. Un autre exemplaire accompagné, le cas échéant, de documents (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 l'existence, en

plus, de deux paires de dents antagonistes antérieures de la seconde dentition en position d'occlusion croisée.

- 208–210.5
1/03 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
1/05 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 deux 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 l'assuré 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'AI prend aussi en charge le traitement des incisives ou des canines éventuellement touchées (ces dents ne sont cependant pas déterminantes pour la reconnaissance d'une infirmité congénitale du ch. 218).

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 s'attendre à un risque d'apnée accru, 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. 249 OIC.

1.6 Œsophage, estomac et intestins

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

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

Iléus du nouveau-né

- 277 Lorsqu'un iléus sur bride survient chez un nouveau-né (voir ch. 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
1/05 Si un nouveau-né souffrant d'une aganglionose ou d'une anomalie des cellules ganglionnaires a besoin d'un traitement diététique pré-opératoire à base de lait maternel, l'AI contribue aux frais de 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.

Cœliakie consécutive à l'intolérance congénitale à la gliadine

- 279 Une cœliakie doit en principe être confirmée par une biopsie de l'intestin grêle.
Pour qu'une maladie cœliaque puisse être reconnue comme une infirmité congénitale en l'absence d'une biopsie de l'intestin grêle, les critères suivants doivent être remplis :
- anamnèse et clinique caractéristiques,
 - anticorps anti-transglutaminase tissulaires (tTG-IgA) > 10 fois la norme,
 - anticorps anti-endomysium positifs,
 - HLA DQ2 et/ou DQ8 positifs,
 - confirmation du diagnostic par un médecin spécialiste en gastroentérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques FMH ou par un médecin spécialiste en gastroentérologie FMH.

L'AI 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-œsophagien congénital, lorsqu'une opération est nécessaire

280
7/16

Une opération n'est reconnue nécessaire que lorsqu'une thérapie conservatrice appliquée systématiquement et dans toutes ses modalités est restée sans succès. L'indication d'un traitement chirurgical doit être posée de façon interdisciplinaire.

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. 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 latérale : 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
3/12 Les cardiomyopathies obstructives congénitales et les troubles du rythme congénitaux (Romano-Ward, Jervell-Lange-Nielsen et 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, ou dans l'incapacité d'en recevoir un, 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'AI.

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. 15.09 OMAI).

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

- 325.1
1/03 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 art. 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA et 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'AI.

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 congénitales par le VIH 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 (par ex. syndrome d'Alport), le syndrome néphrotique congénital, la néphronophtise, le syndrome néphrotique familial lorsque les parents sont du premier degré (père, mère, 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 (par ex. l'hématurie familiale bénigne, l'hématurie isolée), les tubulopathies transitoires, les tubulopathies toxiques, les hypercalcémies asymptomatiques moyennes sans formation de calculs (la seule hématurie ne suffit pas), etc.

- 341.2 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, myéloméningocèle, hydromyélie, méningocèle, diastématomyélie et tethered cord)

- 381.1 Le spina-bifida occulte 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 jusqu'à l'âge de 20 ans, 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
1/05 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 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 apportée, l'épilepsie peut être considérée comme congénitale.
- 387.3 Ce sont :
– les épilepsies au sens étroit du terme, caractérisées par *des crises répétitives* ou par de rares crises grâce au succès de la prophylaxie anti-crise. L'EEG peut dans l'intervalle être normal ;
- 387.4 – 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. 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 ou sont accompagnés de phénomènes cliniques, ou provoquent même une crise épileptique.

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

- 387.8 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 deux ans, on constate une absence de crise comitiale ou la disparition des troubles psychopathologiques au sens des ch. 387.3 et 387.4, et que le tracé EEG ne présente plus de signes potentiels d'une épilepsie, l'AI ne prend plus en charge d'autres mesures médicales ni les contrôles EEG, sauf si l'on suppose qu'il y aura récurrence.
- 387.11 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
3/12
- 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, l'évaluation médicale permettra de savoir si le dossier est suffisant ou si un examen supplémentaire est nécessaire. L'expert décide de l'utilité de nouveaux examens EEG. L'office AI peut ensuite demander cet examen ou l'imposer, si cela s'avère nécessaire du point de vue de l'assurance.
- 387.15
- 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 standard 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.
- 1/05
- 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 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, une augmentation de la résistance des muscles atteints lors des mouvements passifs (hypertonie musculaire), des réflexes pathologiques (Babinski en extension, clonus) ainsi que des postures et des mouvements anormaux.
- 390.1.2 Les troubles moteurs ataxiques concernent des parties de la motricité fine ou de la motricité corporelle. Pour la motricité fine, les symptômes nécessaires pour poser le diagnostic sont le tremblement d'intention ou tremblement d'action (tremblement accompagnant le mouvement de la main) et la dysmétrie (erreur dans l'amplitude du mouvement, empêchant de saisir correctement un objet). Les symptômes associés les plus fréquents sont les syncinésies (ouverture exagérée de la main au moment de lâcher l'objet manipulé) ainsi que, à l'examen neurologique, une hypotonie, une dysdiadochocinésie ou un phénomène de rebond positif. Pour la motricité corporelle, le trouble ataxique est défini par l'ataxie tronculaire.

- 390.1.3 Les dyskinésies sont des troubles moteurs caractérisés par des mouvements involontaires, accompagnés d'attitudes et de mouvements anormaux. En font partie notamment la chorée et l'athétose.
- 390.2 Du point de vue de 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.
- 390.3 [supprimé]
- 390.4 [supprimé]
- 390.5
1/15 L'hippothérapie est une mesure médicale reconnue pour le traitement des paralysies cérébrales congénitales énumérées au 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.
 - Les centres d'hippothérapie-K inscrits sur la liste du groupe suisse pour l'hippothérapie-K sont reconnus par l'AI. Cette liste est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://hippotherapie-k.org> > [Hippotherapie-K > Therapiestellen](#) (en allemand). Ces centres facturent les prestations fournies selon le tarif de physiothérapie.

- 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. 1221 ss).
Pour les cas présentant de bonnes chances de succès (possibilité de suivre une formation scolaire au niveau d'une classe normale ou de développement, pas d'impotence ou seulement de faible degré), la durée de ces séjours peut s'élever au maximum à 180 jours sur une période de deux ans, dans tous les autres cas au maximum à 90 jours sur une période de deux ans.
- 390.8 Le traitement par toxine botulique (Botox®) peut être pris en charge par l'AI (voir ch. 1208).
1/05
- 390.9 Le recours au Lokomat®, une orthèse robotisée d'aide à la marche, peut être pris en charge dans le cadre d'un traitement physiothérapeutique intensif, à raison de vingt séances par traitement et d'au moins trois séances par semaine.
1/09

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 évidents avec asymétrie, limitation de la variabilité et, avec l'évolution, symptomatologie accrue – attitude asymétrique, opisthotonos, persistance des
3/12

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]
1/10

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. 13).

403.3 Il y a aussi oligophrénie congénitale lorsque celle-ci ne représente qu'un symptôme accessoire d'une infirmité congénitale pour laquelle aucun traitement ne peut être envisagé et qui ne figure de ce fait pas dans la liste des infirmités congénitales (par ex. le syndrome de Smith

Magenis). Pour qu'il y ait prise en charge de ces cas dans le cadre du ch. 403 OIC, il faut cependant que la condition du comportement éréthique ou apathique soit aussi remplie.

- 403.4
1/04 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).
- 403.6
3/12 Une reconnaissance simultanée des ch. 403 et 404 OIC est exclue. Les ch. 403 et/ou 405 et/ou 406 OIC ne peuvent être reconnus simultanément qu'à titre exceptionnel, moyennant une justification dûment fondée par un spécialiste (pédopsychiatre).

Troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, des fonctions perspectives, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année ; l'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous ch. 403 (voir annexe 7).

- 404.1
3/12 Une reconnaissance simultanée des ch. 403 et 404 OIC est exclue. Les ch. 403 et/ou 405 et/ou 406 OIC ne peuvent être reconnus simultanément qu'à titre

exceptionnel, moyennant une justification dûment fondée par un spécialiste (pédopsychiatre).

- 404.2
3/12 Le trouble doit avoir été diagnostiqué, documenté et traité comme tel avant la neuvième année. Les troubles acquis doivent être exclus du diagnostic (voir annexe 7).
- 404.3
3/12 Les troubles cérébraux congénitaux qui ne sont traités effectivement qu'après l'accomplissement de la neuvième année doivent être appréciés à la lumière de l'art. 12 LAI de la même manière que les autres troubles psychiques (voir ch. 645 à 647.1 ss). On ne peut non plus admettre l'existence d'une infirmité congénitale lorsqu'il est exclusivement fait valoir qu'un traitement eût été nécessaire déjà avant l'accomplissement de la neuvième année (voir ch. 404.2).
- 404.4
1/03 La « limite des 9 ans » n'est applicable qu'aux mesures médicales de l'AI de l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA et le ch. 404 OIC, mais pas aux autres mesures envisageables (par ex. mesures d'ordre professionnel). D'autres critères s'appliquent à ces types de prestations.
- 404.5
3/12 Si, jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans, seuls certains des symptômes indiqués en titre sont médicalement attestés, les conditions du ch. 404 OIC ne sont pas remplies. Dans ce cas, il faut vérifier soigneusement si, sur le plan médical, les critères requis selon les directives médicales relatives aux IC 404 (annexe 7) sont effectivement remplis. L'office AI décide ensuite s'il faut, le cas échéant, consulter d'autres spécialistes (externes).
- 404.6
3/12 Les premiers examens ne doivent pas être ordonnés ni entrepris par l'AI, car le traitement adéquat présuppose un diagnostic correctement établi. Les frais de traitement sont pris en charge seulement une fois l'infirmité congénitale reconnue, soit lorsque le diagnostic est établi de manière compréhensible, conformément à l'annexe 7.

- 404.7
3/12
- Lorsque l'existence d'une infirmité congénitale a été constatée avec une vraisemblance prépondérante avant la limite d'âge ou si les examens ont été prescrits par l'office AI, les frais d'examen peuvent être pris en charge rétroactivement dans le cadre de l'art. 78, al. 3, RAI.
Leur justification et leur intérêt médical doivent être vérifiés.
- 404.8
3/12
- Dans les cas sujets à caution relatifs à des enfants de moins de 9 ans, la justification médicale des constats des médecins doit être vérifiée soigneusement et, au besoin, complétée par l'examen d'un spécialiste ordonné par l'office AI (voir les directives médicales relatives aux IC 404, annexe 7).
- 404.9
- Si l'AI refuse de prendre en charge le traitement, seul le rapport médical doit être remboursé.
- 404.10
1/03
- Une infirmité congénitale neuro-cérébrale (par ex. une épilepsie) n'exclut pas la reconnaissance simultanée d'une infirmité congénitale indépendante relevant du ch. 404 OIC. Un SPO infantile présentant les symptômes cumulatifs nécessaires à sa reconnaissance, qui sont énumérés au 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 figurer, conformément aux ch. 11 et 1045, sous le chiffre de l'infirmité congénitale constituant la cause de ces symptômes. Ainsi, 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. 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA, même lorsque

l'infirmité congénitale à l'origine de ces séquelles ne nécessite plus de traitement.

- 404.11
3/12 Il faut vérifier au plus tard au bout de deux ans si le traitement octroyé est adapté et efficace et s'il a des chances de succès. Il n'est possible et souhaitable de le prolonger que sur présentation d'un certificat établi par un médecin spécialiste confirmant clairement le succès et l'intérêt du traitement.
- 404.12 L'AI doit donner son accord préalable à un examen EEG, qui ne peut être pris en charge que dans des cas dûment motivés.

Troubles du spectre autistique et psychoses primaires du jeune enfant

- 405
3/12 En cas de troubles du spectre autistique, des mesures médicales sont octroyées quand les symptômes nécessitant un traitement se sont manifestés avant l'accomplissement de la cinquième année. Les symptômes ne peuvent pas être reconnus après coup comme « présents avant la cinquième année » s'il n'est pas prouvé qu'ils existaient avant cet âge. L'autisme doit être clairement distingué des psychoses infantiles. Cette pathologie a ainsi un statut à part parmi les troubles envahissants du développement. On ne reconnaîtra simultanément des IC 403 et/ou 404 et 405 et 406 qu'à titre exceptionnel, moyennant une justification dûment fondée par un spécialiste (pédopsychiatre).
- 406
3/12 En cas de psychoses primaires du jeune enfant, des mesures médicales sont octroyées quand les symptômes se sont manifestés avant l'accomplissement de la cinquième année. Les symptômes ne peuvent pas être reconnus après coup comme « présents avant la cinquième année » s'il n'est pas prouvé qu'ils existaient avant cet âge.

1.14 Organes des sens

Infirmités congénitales de l'œil

- 411–428.1 Lorsque la reconnaissance de l'infirmité congénitale dépend d'une diminution déterminée de l'acuité visuelle, celle-ci doit être mesurée après correction optimale du vice de réfraction.
- 411–428.2 Lorsque l'acuité visuelle n'est pas mesurable, il faut admettre qu'elle est de 0,2 ou moins de par le fait que l'œil en cause ne peut pas fixer centralement (ch. 416, 418, 419, 423, 425 et 427 OIC).
- 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. 16 s., 425.2 et 425.3).

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 relevant 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 colobome irien (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 possible par ce biais 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 l'âge de 20 ans.

1/03 **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'uvéïte, 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 (par ex. forte myopie ou astigmatisme grave) doivent être classées sous le ch. 425 OIC.

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

encore remplis, mais toutefois pas au-delà de l'âge de 20 ans.

425.3 Lorsque des mesures médicales sont requises après l'accomplissement de la onzième 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 :

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

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

1 ^e 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 microstrabisme, à moins que la faiblesse de l'acuité visuelle doive être imputée à une anomalie de la réfraction ou à une autre cause.

Pour la durée du droit aux prestations, voir ch. 425.2 et 425.3. D'éventuelles opérations du strabisme peuvent aussi être prises en charge après l'âge de 11 ans, mais au maximum jusqu'à l'âge de 20 ans, sans que les critères 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 est classé sous ce chiffre. Il ne faut pas le confondre avec un strabisme concomitant, qui relève du ch. 427 OIC.

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 fréquences 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).

Surdit e congénitale totale des deux oreilles

- 445
1/05 On doit être en présence d'une surdit e 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 ch. 2065 CMAI.

Pour les implants cochléaires, il faut différencier entre composante interne et composante externe. La première constitue une mesure médicale ( lectrode, antenne, etc.) ; 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 congénitaux 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'AI 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 (par 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'AI 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 s'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 (par 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 (par 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.
3/12 Un traitement par l'hormone de croissance ne peut être pris en charge que si un défaut d'hormone de croissance a été démontré.

La preuve doit être apportée clairement, dans les règles de l'art et sur une longue durée. Les cas douteux doivent être soumis à l'OFAS, notamment 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, *small for gestational age*).

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

1/05 **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. 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'AI. L'AI prend aussi en charge l'opération d'extraction de la lentille (éventuellement combinée à l'implantation d'une lentille artificielle) pour les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans.

485.2 Une faiblesse constitutionnelle du tissu conjonctif ne représente pas une infirmité congénitale et ne peut pas être classée sous ce chiffre.

- 489
7/16 La trisomie 21 (syndrome de Down) a été inscrite le 1^{er} mars 2016 dans la liste des infirmités congénitales annexée à l'ordonnance concernant les infirmités congénitales. De ce fait, l'assurance-invalidité prend en charge les traitements médicaux nécessaires pour les atteintes à la santé qui ont un lien causal avec une trisomie 21. Il est à relever que la trisomie 21 constitue une exception – voulue par le politique –, car il ressort de la jurisprudence que les atteintes à la santé qui ne sont pas susceptibles en tant que telles d'être soignées par l'application d'un traitement scientifiquement reconnu ne peuvent être considérées comme des infirmités congénitales (ATF 114 V 22, consid. 2c).
- 489.1 La trisomie 21 est inscrite au ch. 489 du chap. XIX (Malformations avec atteinte de plusieurs systèmes d'organes).
- 489.2 Les différentes composantes de la trisomie 21 ne sont plus classées sous leur propre code (par ex. malformation du cœur, 313), mais sont toutes regroupées sous le ch. 489.
- 489.3 L'AI prend en charge les mesures médicales nécessaires, ordonnées par un médecin, qui sont efficaces, appropriées et économiques (critères EAE). Les mesures médicales de l'AI comprennent des médicaments, des interventions chirurgicales, des traitements de physiothérapie, de psychothérapie et d'ergothérapie ainsi que des appareils de traitement qui répondent à ces critères.
- L'AI ne prend pas en charge les prestations médicales qui ne remplissent pas les critères EAE (par ex. la musicothérapie).
- 489.4 La physiothérapie méthode Bobath est prise en charge par l'AI pour les enfants en bas âge atteints de trisomie 21 jusqu'à ce qu'ils soient capables de marcher.

489.5 L'hippothérapie est prise en charge par l'AI.

1.17 Autres infirmités

Infections congénitales par le VIH

490.1 On peut reconnaître l'existence d'une infection par le VIH quand, lorsqu'on recherche la présence du génome viral par PCR (polymerase chain reaction) et par la détection de l'antigène p24, deux examens exécutés à la suite donnent au moins 3 tests positifs sur 4 (par ex. PCR une fois positif, antigène p 24 deux fois positif). 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. 16).

Séquelles d'embryopathies et de fœtopathies (l'oligophrénie congénitale est classée sous le ch. 403) ; maladies infectieuses congénitales (par 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 lait en poudre. Toutefois, comme le lait maternel leur reste en principe préférable, l'AI 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'AI. La remise d'une pompe à lait par l'AI ne se limite pas seulement à ce chiffre de l'OIC. L'AI 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 (par 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
3/12 « Graves » au sens de ces chiffres implique la nécessité de mesures médicales spéciales (par ex. un traitement aux soins intensifs d'un hôpital de soins aigus après une naissance à domicile, ou un traitement dans

l'unité de soins intensifs d'une maternité ou d'une clinique infantile après un accouchement à l'hôpital).

Un traitement est considéré comme intensif lorsque les frais normaux de séjour d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire lorsque des mesures particulièrement onéreuses sont nécessaires, telles que surveillance permanente par appareils, contrôles et soins médicaux à l'hôpital particulièrement fréquents.

Après ce séjour, l'AI ne peut en principe prendre en charge *qu'un seul* contrôle. S'il existe plusieurs atteintes à la santé distinctes, l'obligation de chaque agent payeur d'accorder des prestations ne s'étend pas au-delà de ce que prévoit la législation sociale correspondante (ATF 134 V 1 et lettre-circulaire de l'AI n° 262).

D'autres contrôles ultérieurs peuvent être pris en charge si leur lien avec le traitement déjà dispensé en unité de soins intensifs est avéré et si leur nécessité et leur durée probable sont présentées de manière suffisamment motivée par cette unité.

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

Exemple : lorsqu'il existe un risque fortement accru d'apnée en relation avec le ch. 497 OIC qui nécessite un contrôle à l'hôpital, l'AI peut prendre en charge d'autres mesures (y.c. monitoring à la maison, après le retour du patient, pour le contrôle de la respiration).

L'AI ne prend pas à sa charge les frais afférant au transfert des frères et sœurs jumeaux qui ne sont pas

eux-mêmes atteints par une affection sévère au sens de l'AI.

- 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
3/12
- Hypoglycémie : tant qu'une hypoglycémie n'est pas soignée dans le cadre d'une autre infirmité congénitale (par 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'AI de fournir des prestations qui en découle 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 mère diabétique, 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 par 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. 712/912)
 - pneumothorax.

Chapitre 2

1/03 **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'AI.

Poliomyélites

603 Lorsque des mesures physiothérapeutiques de longue durée apparaissent vraisemblablement nécessaires dans le seul but de pouvoir maintenir l'état plus ou moins tel qu'il est, ces mesures doivent être considérées comme faisant partie du traitement en tant que tel. Voir aussi ch. 65¹².
Pour les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans, l'AI peut prendre en charge des mesures au titre des mesures de prévention (voir ch. 53) jusqu'à la fin de la 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'AI.

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'AI.

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'AI.

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

général, à permettre à l'assuré 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 (voir ch. 645.5 ss).
- 645–647/
845–847.4
1/04 Les maladies et les lésions qui, en l'état actuel des connaissances de la médecine, ne peuvent pas être soignées autrement que par des traitements *permanents* (par ex. schizophrénie, psychose maniaco-dépressive) ne donnent pas droit à des mesures médicales de l'AI (voir aussi ch. 641 à 644 et 841 à 844). Cela est aussi valable pour les lésions qui nécessitent une thérapie pendant au moins un certain temps avant que l'on puisse donner un pronostic valable (par exemple : troubles hyperkinétiques, anorexie).
- 645–647/
845–847.5
3/12 Les conditions mises à la prise en charge des frais sont réunies :
- 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 préviendra dans une mesure importante la menace de lésions et de leurs influences négatives sur la formation professionnelle et l'exercice d'une activité lucrative. Avant que la garantie de prise en charge des frais soit délivrée, le fournisseur de prestations remet un rapport permettant d'évaluer l'indication et l'adéquation du traitement psychothérapeutique. Ce rapport comprend les données concernant le diagnostic, les effets sur le plan professionnel ou scolaire, l'évolution récente, la méthode thérapeutique envisagée, l'objectif et le but ainsi que

la durée du traitement (nombre de séances). La justification et l'intérêt médical de ces données doivent être vérifiés soigneusement. L'office AI décide ensuite si la prise en charge des coûts doit commencer à partir de la deuxième année de traitement ou non. La psychothérapie est décidée chaque fois pour deux ans au maximum.

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

2.6 Système nerveux

2.6.1 Epilepsies d'origine post-natale

654/854 Les épilepsies acquises, par ex. suite à une méningo-encéphalite ou à un traumatisme crânien, représentent des états pathologiques labiles. Elles nécessitent généralement un traitement s'étalant sur de nombreuses années ; 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 cérébro-vasculaires) 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 l'assuré permet une réadaptation. La situation ne peut être appréciée au plus tôt que six semaines après que la personne accidentée ou malade a retrouvé sa pleine conscience. Auparavant, les mesures de réadaptation de l'AI sont exclues. Les mesures de réadaptation peuvent être accordées au plus tôt quatre semaines après que la personne a retrouvé sa pleine conscience. Les mesures de réadaptation peuvent

aussi comprendre une thérapie neuropsychologique (voir aussi le ch. 65).

655–657/
855–857.2 En cas de maladie cérébro-vasculaire, les mesures de réadaptation ne sont possibles que si le processus pathologique est localisé mais pas dans le cas où il faut admettre l'existence d'une artériosclérose généralisée. Celle-ci est à présumer si la paralysie est progressive ou s'aggrave par poussées. En cas d'obstruction vasculaire (embolie, thrombose), on ne peut pas admettre l'existence de séquelles stables tant qu'une thérapie prophylactique par médicaments (anticoagulants, inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire) est appliquée (voir aussi ch. 65).

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

- artériosclérose généralisée,
- embolie des artères cérébrales tant que dure le traitement par anticoagulants ou par inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire,
- encéphalite léthargique,
- hydrocéphalie,
- infarctus cérébral ischémique *réversible*,
- suite d'une opération palliative d'une tumeur cérébrale ou d'une anomalie inopérable des vaisseaux cérébraux,
- sclérose latérale amyotrophique,
- myéloméningocèle,
- sclérose en plaques, encéphalomyélite disséminée,
- syringomyélie,
- thrombose des artères cérébrales, tant que dure le traitement par anticoagulants ou par inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire.

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

2.6.3.1 Droit

- 856.1 Les assurés qui souffrent de paralysie irréversible totale ou partielle suite à des atteintes de la moelle épinière, provoquées soit par un *accident* soit par une *opération* sont considérés comme paraplégiques et ont droit à des prestations de l'AI. Il faut tenir compte des ch. 77 ss, relatifs à l'obligation à prestations de l'assurance-accidents obligatoire.
- 856.2 Selon les principes médicaux généralement reconnus à l'heure actuelle, seule la réadaptation des paraplégiques dans des centres spécialement équipés et dotés d'un personnel formé à cet effet offre des chances optimales de réussite.
- 856.3 Tant que la personne paraplégique n'est pas traitée dans l'un de ces centres, le traitement de l'affection comme telle est présumé prépondérant.
- 856.4 Si la réadaptation du paraplégique a lieu dans un des centres précités, l'AI prend à sa charge, en vertu de l'art. 2, al. 2, RAI, *les frais de la réadaptation médicale, en règle générale après la quatrième 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 fondées sur l'art. 12 LAI, en tenant compte du ch. 65.
- 856.6 Si, au début d'un séjour dans un centre pour paraplégiques, les possibilités d'une réadaptation professionnelle sont douteuses, une réadaptation médicale peut être ordonnée pour trois mois à titre d'essai. Elle peut être prolongée si par la suite les chances de succès s'avèrent très grandes.

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

- 856.7 Les mesures suivantes n'ouvrent *aucun droit* à des 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 l'assuré est en séjour dans un centre (voir ch. 51).
 - Les contrôles médicaux et la surveillance des maladies secondaires après la sortie du centre pour paraplégiques.
 - La physiothérapie d'une durée indéterminée ou lorsqu'elle constitue le seul moyen de parer à une aggravation de l'état de l'assuré.

2.7 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 peut être considérée autrement que comme le traitement de l'affection en tant que telle

uniquement si cette intervention permet la correction d'une cornée déformée par des cicatrices ou d'une pointe de kératocône opaque, qui réduit incontestablement la vision. La nécessité doit en être confirmée expressément par un médecin. Si 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 à prestations 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, l'assuré a besoin de lentilles de contact et/ou de lunettes, celles-ci sont à la charge de l'AI (y compris les lunettes de remplacement) aussi longtemps que, par ce biais, le but de la réadaptation peut être atteint ou garanti. Lorsque l'assuré portait déjà des lunettes avant l'opération et que les conditions de réfraction se sont modifiées en raison de l'opération, l'AI les prend en charge une seule fois.

Cataracte – cataracte secondaire

1/05 *Une « clear lens extraction » n'est pas une opération de la cataracte et l'art. 12 LAI ne s'applique pas (voir ch. 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. 67 ss).

Cela peut être le cas *notamment* lors de :

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

661/861.5 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 même sans glaucome. Ce n'est en règle générale pas le cas pour une acuité visuelle de 0,5 ou plus (cela dépend de l'activité professionnelle ou de la formation, notamment).

661/861.6 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 implantation de cristallin, on parle de verres pour aphaque.

661/861.9 En cas d'opération unilatérale de la cataracte *sans implantation de cristallin*, les assurés peuvent aussi recevoir, en lieu et place d'une paire de lunettes à double foyer ou d'une paire de lunettes pour aphaque pour la vision de près et une autre pour la vision de loin, un

verre de contact (une lentille) et une paire de lunettes pour la vision de près.

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

- 661/861.10 La manière de procéder du ch. 661/861.9 est aussi valable en cas d'opération *bilatérale* de la cataracte *sans* implantation de cristallin, pour autant qu'il existe une indication ophtalmique particulière telle que la présence d'un important astigmatisme irrégulier ou une vision monoculaire. Les verres de contact doivent aussi être remis en vue de l'exercice d'une activité lucrative ou d'une formation, ou lorsque l'assuré portait déjà des verres de contact après la première opération de la cataracte.
- 661/861.11 Si l'assuré opéré d'une cataracte unilatérale a besoin, déjà avant l'opération, d'une correction optique pour l'autre œil et que ses lunettes et montures ne pourront plus être utilisées après l'opération, l'AI prend *une seule fois* en charge les montures de lunettes et le verre pour cet œil.
- 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'AI.
- 661/861.15 Le genre de verres (par ex. Varilux) ou la qualité des verres (teintés) doit être précisée dans l'ordonnance

médicale. Les frais supplémentaires y afférents sont pris en charge par l'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 $\pm 0,5$ dioptrie 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. 54).

Anomalies de la réfraction

661/861.18 En cas de pure *anomalie 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 en vertu de 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 (par ex. syndrome de Marfan, voir ch. 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. 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 (par ex. le processeur de parole) tombe dans le domaine des moyens auxiliaires (voir ch. 445).

671/871.5
1/03 Un appareil acoustique fixé par ancrage osseux est analogue à un implant cochléaire quant à la prise en charge (voir ch. 671/871.4). L'implant osseux ou la partie implantée peut relever de l'art. 12 LAI. La composante externe tombe dans le domaine des moyens auxiliaires (art. 21 LAI).

671/871.6
1/03 En ce qui concerne le « Soundbridge » (System Symphonix), il faut également distinguer les composantes interne et externe (art. 21 LAI). L'indication principale est l'incapacité à porter des appareils acoustiques conventionnels. L'art. 12 LAI est applicable comme pour

l'implant cochléaire et les appareils acoustiques à ancrage osseux.

2.8 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
883–885 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. 40).

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 au sens de l'art. 12 LAI lorsqu'elle permet de remédier à de sérieux troubles du langage qui portent préjudice à la capacité de gain.

2.11 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 l'affection comme telle et n'est pas à la charge de l'AI.

Torsion du testicule

- 712/912
1/03 La torsion du testicule ne constitue pas, sauf dans les cas prévus au 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. 611 à 613, 621 à 625, 811 à 813 et 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 l'assuré remplit les conditions des ch. 38 ss (voir ch. 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 considérées comme *lésions stabilisées* que celles qui touchent le *squelette osseux* et non pas les tendons, les disques, les ligaments et le cartilage. L'AI ne reconnaît comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI que les corrections des lésions stabilisées du squelette osseux, mais non pas celles qui corrigent le déroulement pathologique des mouvements dans les articulations.
- 731–738/
931–938.2 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 l'âge de 20 ans, des mesures préventives de séquelles stables futures (voir ch. 54), lorsque des séquelles préjudiciables à la réadaptation n'existent pas déjà. Font partie de ces mesures la physiothérapie, les appareils de technique orthopédique, les synovectomies ainsi que les opérations orthopédiques.
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. 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 l'assuré pourra vraisemblablement poursuivre une formation ou l'exercice d'une activité lucrative appropriée malgré une hanche ankylosée.

732/932.4 Le médecin doit déclarer toutes les 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. 732/932 ss). Ainsi, on peut reconnaître à une arthrodèse du genou le caractère de mesure médicale de réadaptation de l'AI.

733/933.2 Pour les arthroses dues à des accidents, voir ch. 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'AI.

- 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 tableer 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. 54).

2.13.5 Maladie de Perthes

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

2.13.6 Spondyloses et ostéochondroses, y compris maladie de Scheuermann

- 736/936.1 Les spondyloses, les ostéochondroses et la maladie de Scheuermann (affection non congénitale appelée aussi épiphysite vertébrale douloureuse de l'adolescence ou cyphose douloureuse des adolescents) sont des états pathologiques labiles. Les mesures nécessaires à leur traitement conservateur (repos couché, gymnastique et massages, cures de bains) n'entrent pas dans le cadre des prestations de l'AI.
- 736/936.2 Toutefois, l'AI peut prendre à sa charge le traitement de ces affections, y compris les appareils correcteurs, lorsque des assurés sont menacés de graves séquelles stables au sens du ch. 54. On admettra le risque de

telles séquelles lorsqu'il faut s'attendre à une progression importante du processus pathologique, qu'existent des déformations cunéiformes de plusieurs corps vertébraux qui peuvent conduire à un enraidissement en dos rond et que le médecin prescrit le port d'un appareil correcteur pendant une année au moins (un corset à trois points ou un corset de redressement, par ex.).

- 736/936.3 L'AI prend en charge tout le traitement à partir du moment de la remise de l'appareil correcteur et tant qu'il doit être porté.
- 736/936.4 En cas de spondylose et de spondylarthrose, la spondylodèse de la colonne vertébrale représente une intervention visant avant tout une réadaptation professionnelle ou soutenant la formation professionnelle.
- 736/936.5 Une *hernie discale* constitue un état pathologique labile. Même lorsqu'une hémilaminectomie et une éventuelle greffe osseuse doivent être effectuées, le traitement opératoire n'est pas à la charge de l'AI.
- 736/936.6 En ce qui concerne les spondyloses et spondylarthroses post-traumatiques, voir ch. 43 ss.

2.13.7 Spondylolyses et spondylolisthésis

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

2.13.8 Scolioses idiopathiques

- 737/937.1 En cas de scoliose idiopathique (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 moyenne (angle de Cobb de 20° à 40°/50°), le traitement est pris en charge par l'Al sur la base du ch. 54 aussitôt et tant qu'il y a menace de séquelles graves. Cette situation doit être admise dès le moment où un orthopédiste ordonne le port permanent d'un appareil de redressement (par ex. corsets 3 points) pendant une année au moins. L'obligation à prestations de l'Al s'éteint dès que l'appareil ne doit plus être porté.
- 737/937.3 Les traitements chirurgicaux (par ex. spondylodèse [arthrodèse], redressement, growing rods, VEPTR y compris les opérations d'extension consécutives) qui permettent de suivre une formation professionnelle ou améliorent de manière importante et durable la capacité de gain doivent être reconnus, dans les cas graves (angle de Cobb de 40° et plus, progression de la scoliose, période de croissance), comme des mesures médicales de réadaptation de l'Al (ch. 54).
- 737/937.3^{bis} En cas d'EOS (*early onset scoliosis*), la pose d'un plâtre de redressement en préparation du traitement par corset constitue une prestation obligatoirement prise en charge par l'Al.
- 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. 67 ss sont remplies, l'AI prend en charge l'ablation des exostoses lorsqu'elles provoquent un handicap fonctionnel ou lorsqu'elles altèrent gravement l'apparence des assurés.

Pseudarthroses

- 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 (arthrose) difficiles à corriger dans un proche avenir et que l'on peut présumer que cette intervention permettra de stopper l'évolution du processus arthrosique (voir ch. 54).
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 au sens de l'art. 12 LAI.

Luxations habituelles

En ce qui concerne les luxations accidentelles habituelles, voir ch. 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 (par 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
3/12 Supprimé.
 Voir ch. 1209.

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 l'assuré dans l'exercice de sa profession et si l'opération a pour but prépondérant une amélioration de la capacité de travail, donc de la capacité de gain.

Arthrodèses

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

Cures de bains

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

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

- 1005 [supprimé]
- 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 l'assuré.
- 1007 Les cures de bains doivent être effectuées dans un établissement de bains suisse, placé sous direction médicale. Elles doivent nécessairement comprendre, outre l'hydrothérapie usuelle, des mesures de thérapie physique et de la gymnastique médicale active.
- 1008 [supprimé]
- 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. 1227.

Opérations de décompression de nerfs périphériques, neurolyses

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

Dialyses – Hémodialyses

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

Autotransfusion

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

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 (par ex. en modifiant la hauteur des talons des chaussures). La cause du trouble de la croissance importe peu, il importe cependant que l'opération ait nettement le caractère préventif d'une lésion difficile à corriger (voir aussi ch. 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 visées à l'art. 13 LAI doit toujours être accordée pour deux 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
1/15 Les mêmes règles que ci-dessus sont valables pour l'infirmité congénitale visée au ch. 404 OIC.
- 1015.2.2
1/09 Pour les infirmités congénitales non mentionnées ici et qui nécessitent de l'ergothérapie, par exemple celles des ch. 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'habiletés. 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 douze séances de conseils nutritionnels, pris en charge par l'AI, doit être poursuivi, le médecin traitant doit adresser au service médical régional de l'office AI une proposition motivée concernant la poursuite de la thérapie.

Eurythmie – eurythmie curative

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

Examens génétiques et mitochondriaux

- 1020
1/15
- Lorsqu'un enfant présente des troubles indiquant une infirmité congénitale, que cette hypothèse est étayée par des examens cliniques et de laboratoire, mais que seuls des tests génétiques peuvent confirmer définitivement le diagnostic, l'AI peut prendre en charge, au cas par cas et sur indication médicale, les frais des examens génétiques. Par contre, les consultations génétiques ne sont pas prises en charge par l'AI, sauf si elle les a prescrites elle-même.
- 7/16
- L'AI peut prendre en charge au cas par cas les examens génétiques sur indication du médecin spécialiste même lorsque l'infirmité congénitale est déjà connue, si la confirmation définitive du diagnostic est

nécessaire pour déterminer le traitement de l'enfant. Par contre, si l'atteinte à la santé clairement diagnostiquée ne peut pas être traitée et qu'elle ne présente qu'un intérêt académique pour le médecin traitant, l'AI ne prend pas en charge les examens génétiques pour une infirmité congénitale déjà connue.

Hippothérapie – Poneythérapie

- 1021 Pour les paralysies cérébrales, l'hippothérapie est une méthode de traitement reconnue par l'AI (voir aussi ch. 390.5). Chez les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans, elle peut également être prise en charge en cas de troubles neuromoteurs *acquis*, à condition que l'art. 12 LAI soit applicable.

Kératoplasties (greffes de la cornée)

- 1022 Voir ch. 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. 736/936.4 et 736/936.5)¹⁴.

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

- 1025 Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) le 1^{er} janvier 2008, les mesures pédago-thérapeutiques sont à la charge des cantons. Elles comprennent notamment la pédagogie curative, tant scolaire que clinique, la logopédie, la psychomotricité, l'éducation précoce spécialisée ainsi que les mesures sociopédagogiques et la formation scolaire spéciale.

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 (par ex. au moyen de photographies ou par la comparution personnelle de l'assuré devant l'office AI, ch. 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 l'assuré d'une manière considérable et qui auraient pour conséquence une diminution importante de sa capacité de gain (ch. 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. 1218).
- 1030.2.1
1/09 Sont également pris en charge par l'AI dans le cadre de l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA les coûts de l'intervention que le donateur doit subir pour prélever l'organe servant à la greffe, 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 liées à une infirmité congénitale, l'AI prend en charge, jusqu'aux 20 ans du receveur, les coûts du suivi à long terme de l'état de santé du donneur vivant.
- 1031 [supprimé]
- 1032 [supprimé]
- 1033 [supprimé]

Ostéosynthèses

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

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. 1013). Tel ne peut toutefois être le cas que si aucune autre mesure plus simple (par ex. rehaussement du talon) ne permet d'atteindre le même but.
- 1036 Les ostéotomies correctrices ne constituent en règle générale pas des mesures de réadaptation de l'AI (voir aussi le ch. 733/ 933.1 ss).
- 1037 Pour ce qui concerne les ostéotomies qui doivent améliorer les jambes en O (genua vara) et les jambes en X (genua valga), voir le ch. 738/938.3.

Physiothérapie

- 1038 En principe, la physiothérapie en tant que mesure médicale au sens de 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. 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 visées à l'art. 13 LAI doit toujours être accordée pour deux 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. 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).
- 1043.1 [supprimé]
- 1043.2 [supprimé]
- 1043.3 [supprimé]
- 1043.4 [supprimé]
- 1043.5 [supprimé]

Psychothérapie

- 1044 [supprimé]
- 1045 L'AI prend en charge la psychothérapie lorsque les troubles psychiques font partie des symptômes ou constituent une conséquence d'une autre infirmité congénitale (voir ch. 11).
En cas de troubles psychiques acquis, voir ch. 76 et 645-647/845-847.3 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 l'assuré – ces conseils sont également pris en charge par l'AI. Toutefois, ces séances ne doivent pas dépasser 20 % de l'ensemble de la thérapie (c-à-d. une séance sur cinq). Les exceptions doivent être motivées.
- Les parents ont la possibilité d'être présents aux séances familiales de la prise en charge pédopsychiatrique de l'enfant. L'AI ne prend toutefois pas en charge séparément les coûts pour les parents. Sont pris en charge uniquement les coûts des mesures médicales de l'enfant dans le cadre du traitement pédopsychiatrique.
- 1047 Dans le cadre des traitements familiaux, l'AI prend uniquement en charge les coûts des mesures médicales, à savoir les séances de psychothérapie, d'ergothérapie ou de physiothérapie dispensées par des thérapeutes qualifiés, titulaires d'un diplôme de formation ou de perfectionnement reconnu en Suisse. En revanche, l'AI ne supporte pas les frais des prestations ayant trait à l'école spéciale ou à la pédagogie curative.
- Une mesure médicale de l'AI peut en principe être dispensée à domicile (*home treatment*). Pour décider d'un tel traitement, il faut tenir compte de la recommandation du médecin traitant et des

circonstances personnelles de l'assuré. Il doit dans tous les cas s'agir d'une mesure médicale (et non pas pédagogique, par ex.), scientifiquement reconnue, simple et appropriée. Si ces conditions sont remplies pour un traitement prodigué au cabinet médical (par le médecin ou par un auxiliaire paramédical), elles le sont généralement aussi pour le même traitement à domicile. Lors d'un traitement à domicile, l'AI rembourse les frais de déplacement uniquement pour le médecin ; ceux-ci sont réglés dans TARMED. Un psychothérapeute employé par un cabinet médical et dont les prestations sont facturées par le médecin conformément à TARMED ne peut pas prétendre aux frais de déplacement. En vertu de la convention tarifaire, les psychothérapeutes reconnus par l'AI qui exercent dans leur propre cabinet n'ont pas non plus droit au remboursement des frais de déplacement. Les physiothérapeutes et les ergothérapeutes peuvent facturer une indemnité de déplacement en vertu de la convention applicable.

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'AI (ch. 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 [supprimé]

Médicaments spéciaux

1051.1
7/16 Rapamycine (Rapamune® / Sirolimus) : l'onguent de Rapamycine pour le traitement d'angiofibromes du visage chez les patients atteints de sclérose tubéreuse (syndrome de Bourneville-Pringle) n'est pas pris en charge par l'AI, car l'effet à long terme de cette préparation n'est pas clair, et il n'existe pas encore de recommandation unanime quant au dosage et à la fréquence de l'application (absence de caution des experts, arrêt 9C_648/2014 du 3.3.2015).

1051.2
7/16 Kalydeco® (Ivacaftor) : ce médicament a été admis le 1^{er} janvier 2015 dans la liste des spécialités (LS). Il est indiqué pour les patients à partir de 6 ans atteints de fibrose kystique (mucoviscidose) avec mutation G551D du gène CFTR et il est donc pris en charge par l'AI. Il faut veiller aux conditions indiquées comme limitation (voir annexe 2).

Par ailleurs, Kalydeco® est autorisé par Swissmedic pour le traitement des patients à partir de 6 ans atteints de mucoviscidose avec les mutations suivantes du gène CFTR : G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N et S549R. Mais il n'est pas (encore) admis dans la LS pour le traitement de ces mutations. En conséquence, la prise en charge doit être examinée au cas par cas ; les modalités prévues à l'art. 71b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) sont applicables.

1052 [supprimé]

Conseils en allaitement

- 1053
1/09 Les conseils en allaitement (non médicaux) font partie des prestations qui incombent à l'assurance obligatoire des soins en cas de maternité. Selon la commission spécialisée pour les questions de réadaptation médicale de l'AI, les conseillères en allaitement ne sont pas assimilées à des auxiliaires médicales au sens de l'art. 26^{bis} 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
1/03 Dans de rares cas, une tympanoplastie indépendante peut être exécutée en tant que mesure de réadaptation de l'AI, lorsqu'il n'existe aucun lien temporel ou objectif avec une maladie ou un accident et que la mesure est indiquée pour améliorer d'une manière importante l'ouïe et de ce fait la capacité de gain de l'assuré.

3^e partie

Risques de la réadaptation selon l'art. 11 LAI

1100 à 1108 Supprimés (abrogation de l'art. 11 LAI au
3/12 1^{er} janvier 2012).

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 à appliquer des mesures médicales, mais uniquement sur l'ordre d'un médecin.

1203
3/12 Si le traitement est confié à *un auxiliaire paramédical établi à son compte*, le médecin qui surveille l'application de la mesure en question doit établir une ordonnance écrite, précisant le début, la durée, le genre et l'étendue de la mesure à appliquer et indiquant que la mesure ordonnée concerne des prestations de l'AI. Au cas où les soins sont donnés par des *auxiliaires médicaux qui ne sont pas établis à leur compte*, le médecin qui 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
1/05 La remise des médicaments et les analyses doivent faire l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin diplômé qui comportera le nom de la personne concernée, son numéro AVS/AI et la mention « concerne l'AI ».

1207
1/05 L'AI ne prend pas en charge, même ordonnés 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
1/05
- 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 taille de l'emballage ou du nombre de points pour un certain produit ou pour un groupe de produits) ne sont pas à prendre en considération.
 2. Il faut faire attention aux limitations de certaines indications en règle générale.
 3. Les *garanties particulières de prise en charge des coûts* prévues dans des cas isolés par la LS ne sont pas requises dans l'AI.
- 1209
3/12
- L'assurance-invalidité prend à sa charge, du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2017, les traitements de médecine complémentaire suivants aux mêmes conditions que celles définies dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) : acupuncture, médecine anthroposophique, médecine traditionnelle chinoise (MTC), homéopathie classique, phytothérapie et thérapie neurale selon Huneke.
Ces traitements ne sont pris en charge que s'ils sont effectués par un médecin ayant suivi une formation complémentaire dans la spécialité, définie dans l'OPAS, et reconnu par l'association professionnelle.
- 1210
7/16
- Les dossiers de préparations importantes, autorisées en Suisse mais non inscrites dans une liste officielle (LS, LMT), et de préparations importantes en *unlicensed use*¹ doivent être remis à l'OFAS après avoir été examinés par le SMR.
- L'examen des dossiers est soumis aux conditions de l'art. 71a, al. 1, let. a ou b, OAMal, à savoir :

¹ *Unlicensed use* : le médicament utilisé n'est pas encore autorisé en Suisse ou ne l'est plus, mais peut être importé comme médicament prêt à l'emploi d'un pays dans lequel il est déjà autorisé pour l'indication correspondante (définition tirée des « Instructions concernant la liste des spécialités (LS) » du 1.9.2011 (version du 1.3.2013).

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

1212 à 1214 [supprimés]

4.3 Appareils de traitement

- 1215
1/03
- Si des appareils de traitement sont requis pour l'application de mesures médicales accordées par l'AI (par ex. inhalateurs ; lunettes lors d'infirmités congénitales de la réfraction ; nébuliseurs, appareils à distiller et coussins de caoutchouc mousse en cas de mucoviscidose ; balles médicinales et tapis pour les enfants IMC ainsi que, pour les cas sévères de troubles moteurs comme les paralysies cérébrales, Haverich à trois roues), les frais qui en résultent sont à la charge de l'AI dans le cadre des art. 11, 12 et 13 LAI, en relation avec l'art. 3 LPGA.
- 1216
1/03
- Les objets qui sont placés à l'intérieur du corps sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement médical et sont pris en charge par l'AI dans les limites des conventions tarifaires existantes, pour autant que le traitement médical en question soit lui-même considéré comme une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 ou 13 LAI en relation avec l'art. 3 LPGA.
- 1217
1/05
- Les appareils de traitement sont remis sur ordonnance médicale ; il faut, le cas échéant, se procurer un devis visé par le médecin. Ces appareils doivent être d'un

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

4.4 Caractère scientifique, simplicité et opportunité de la méthode de traitement

1218
3/12 Les mesures médicales de l'AI doivent être considérées comme indiquées, compte tenu de l'état actuel des connaissances médicales, et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate (art. 2, al. 1, RAI, art. 2, al. 3, OIC).

4.5 Traitement dans un établissement hospitalier

1219 Est considérée comme traitement dans un hôpital la mesure médicale appliquée par un médecin, par un auxiliaire paramédical ainsi que par le personnel soignant suffisamment formé dans cette spécialité, dans une institution équipée des installations médicales requises et pour une durée en règle générale supérieure à 24 heures (voir aussi ch. 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 l'assuré (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 ne revêtent pas un caractère thérapeutique.
- 1222
1/03 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 (par ex. les soins à un assuré impotent), l'AI n'assume les frais d'hospitalisation conformes au tarif, et de façon exclusive, que si les mesures médicales, quand bien même elles ne représentent qu'une partie des mesures, ne peuvent être appliquées que dans un tel établissement.
- Exemples*
- Un enfant gravement impotent, qui a besoin de façon permanente de mesures ne pouvant être exécutées qu'en milieu hospitalier (par ex. perfusion intraveineuse), a droit à la prise en charge de la totalité des frais d'hospitalisation, ce qui suspend pendant ce temps le droit à des prestations en raison de l'impotence (art. 20 LAI en relation avec l'art. 9 LPGA). Un assuré infirme moteur cérébral, qui séjourne dans un hôpital pour enfants et qui, à côté d'un enseignement scolaire complet, suit une physiothérapie de 40 minutes par jour, a uniquement droit au traitement de physiothérapie remboursable au titre de mesure ambulatoire.
- 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 (par ex. maladie, décharge prescrite par le médecin), l'AI peut prendre en charge les frais d'un traitement ambulatoire ou hospitalier temporaire nécessaire. La prise en charge de tels frais est toutefois exclue lorsque les soins donnés par

les parents se limitent à la surveillance habituelle de l'enfant.

- 1224 Si, lors du traitement d'une affection en tant que telle, on supprime simultanément une autre infirmité (par ex. une infirmité congénitale), l'obligation à prestations de l'AI est déterminée par la partie prépondérante du traitement, qui en règle générale a aussi conduit à l'indication de ce traitement.
- 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. 13).
- 1227 Si l'assuré a besoin d'un traitement intensif, appliqué sous surveillance médicale et impossible à entreprendre ambulatoirement à partir de son lieu de domicile, et qu'il séjourne ailleurs que dans un 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 ch. 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, l'assuré 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 l'assuré. 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 l'assuré est prévue dans une institution qui n'a pas conclu de convention tarifaire et qu'il n'est pas certain que le séjour soit considéré comme un séjour en division commune, il faut se renseigner avant de prendre une décision. En cas de doute, le dossier doit être soumis à l'OFAS pour préavis.
- 1231 En ce qui concerne le droit de l'assuré à une contribution aux frais de nourriture et de logis en cas de mesures d'instruction ou de réadaptation d'une durée supérieure à 90 jours, voir la CIIAI.

4.6 Traitement à domicile

- 1232 On est en présence d'un traitement médical ambulatoire dans un établissement hospitalier ou de cure lorsque l'assuré passe la nuit qui précède le traitement et celle qui le suit à la maison.
- 1233
3/12 Si des mesures médicales sont appliquées sur le mode ambulatoire, l'AI rembourse, outre les frais de traitement et de médicaments, les frais de personnel soignant, si ce personnel est nécessaire pour assurer les soins à domicile qui font partie des mesures médicales de l'AI. La *nourriture parentérale* à domicile (NPD) peut être prise en charge (voir lettre circulaire AI n° 308 « Soins pédiatriques à domicile d'après l'art. 13 LAI en relation avec l'art. 14 LAI »).

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

4.7 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 citoyens 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 de traitement 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 temporaire de l'assuré à l'étranger. Cependant, aucune raison médicale ne doit s'opposer à un tel séjour à l'étranger.
- Les mesures médicales de réadaptation fondées sur l'art. 12 LAI (ch. 30 ss) ne constituent jamais des traitements d'urgence, puisqu'elles s'adressent à un état terminal et stabilisé ;
- 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 pos-

sible qu'à l'étranger, lorsque les cliniques spécialisées à l'étranger ont plus d'expérience dans des opérations rares et compliquées ainsi que dans le suivi post-opératoire, ce qui permet de réduire manifestement le risque de l'opération, ou lors d'un séjour professionnel ou linguistique 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. 1236 ss, l'AI assume en principe la couverture complète des frais.
- 1242 Dans les cas relevant du ch. 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 l'assuré, doivent être remboursés. Lors d'interventions d'urgence, une participation équitable aux frais du voyage de retour en Suisse peut être accordée puisque celui-ci aurait de toute façon eu lieu.
- 1244 Dans les cas relevant du ch. 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 Le montant de l'indemnisation des frais de transport ainsi que des frais d'un éventuel séjour de membres de la famille est déterminé par l'OFAS sur proposition de l'office AI, suivant les circonstances du cas d'espèce. Les frais de transport et de séjour sont en règle générale indemnisés d'après l'art. 90, al. 4, RAI.

4.7.2.3 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 assurée, dont le domicile légal est à Thalwil, a été soignée à l'Hôpital universitaire 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 l'assurée désirent instamment que la deuxième opération soit exécutée par le même opérateur. L'AI peut rembourser les frais de la poursuite du traitement de la façon suivante :

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

4.8 Frais de transport par hélicoptère

1248.1
3/12

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 l'assuré 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, que le temps de transport soit le plus court possible et qu'il est certain que l'hélicoptère est le moyen de transport le plus rapide. Un voyage de plus d'une demi-heure par la route est, en règle générale, trop contraignant pour les nouveau-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 ;
- 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'AI : raison du transport, déroulement et mesures exécutées jusqu'à la demande de transport.

Justification médicale claire et documentée démontrant qu'aucun autre moyen de transport n'était envisageable.

1248.2
3/12

L'AI ne prend pas en charge les coûts du « co-transfert » d'un jumeau (jumeau, triplé, etc.) qui ne souffre pas de troubles « graves » au sens de l'AI.

5^e partie

Dispositions finales et transitoires

La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} mars 2012.
Elle s'applique à toutes les demandes de prestations
qui, à cette date, n'ont pas encore fait l'objet d'une
décision.

Annexe 1**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 1959² sur l'assurance-invalidité (LAI),

arrête:

Art. 1 Définition

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

² Les infirmités congénitales sont énumérées dans la liste en annexe. Le Département fédéral de l'intérieur peut adapter la liste chaque année pour autant que les dépenses supplémentaires d'une telle adaptation à la charge de l'assurance n'excèdent pas trois millions de francs par an au total.³

² RS 821.20

³ Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de l'O du 17.11.2004, en vigueur depuis le 1.12.2004 (RO 2004 4811).

Art. 2 Début et étendue du droit

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

² Lorsque 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.

³ Sont réputés 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

¹ L'ordonnance du 20 octobre 1971⁴ concernant les infirmités congénitales est abrogée.

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

⁴ RO 1971 1583, 1976 2650 ch. II 1

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, lorsque l'enfant a 4 ans révolus et pour autant qu'une opération soit 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 dans un quadrant soient atteintes

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 supraclusion 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 combinée 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

VIII. Médiastin

261. Tumeurs congénitales et kystes congénitaux du médiastin

IX. Œsophage, estomac et intestins

271. Atrésie et sténose congénitales de l'œsophage et fistule œsophago-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. Coéliquie consécutive à l'intolérance congénitale à la gliadine
280. Reflux gastro-œsophagien 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

XI. Paroi abdominale

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

XII. Cœur, vaisseaux et système lymphatique

- 311. Hémangiome caverneux ou tubéreux
- 312. Lymphangiome congénital, lymphangiectasie congénitale
- 313. Malformations congénitales du cœur 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. Dédoublément 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, myéломéningocèle, 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 crano-pharyngiome, le kyste de Rathke et la poche persistante de Rathke)
- 386. Hydrocéphalie congénitale
- 387. Epilepsies congénitales (les formes ne nécessitant pas une thérapie anti-convulsive ou seulement lors d'une crise sont exclues)
- 390. Paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques [dystoniques et choréo-athétoïde], ataxiques)
- 395. Légers troubles moteurs cérébraux (traitement jusqu'à l'accomplissement 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

- 403. Oligophrénie congénitale (seulement pour le traitement du comportement éréthique ou apathique)
- 404. Troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité à établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année ; l'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous ch. 403.
- 3/12
- 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. Œil

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 œil 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 œil 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 œil ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)
- 420. Réthinopathie 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 œil 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 œil ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)
- 427. Strabisme et microstrabisme concomitant unilatéral, lorsqu'il existe une amblyopie de 0,2 ou moins (après correction)
- 428. Parésies congénitales des muscles de l'œil (lorsque des prismes, une opération ou un traitement orthoptique sont nécessaires)

b. Oreilles

- 441. Atrésie congénitale de l'oreille, y compris l'anotie 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, 1000, 2000 et 4000 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, 1000, 2000 et 4000 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-trøem, 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 de 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 adréno-génital et insuffisance surrénale)
466. Troubles congénitaux de la fonction des gonades (malformations des gonades, anorchie, syndrome de Klinefelter et résistance androgénique, voir aussi ch. 488)
467. Défaut d'enzyme congénital du métabolisme intermédiaire lorsque ses symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement 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)
- 489. Trisomie 21 (syndrome de Down)

XX. Autres infirmités

- 490. Infection congénitale VIH
- 491. Tumeurs du nouveau-né
- 492. Monstres doubles (par exemple: frères siamois, épignathe)
- 493. Séquelles d'embryopathies et de fœtopathies (l'oligophrénie congénitale est classée sous ch. 403); maladies infectieuses congénitales (par exemple: luè, 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

Produits alimentaires diététiques dans l'AI

- 3/12 a) Pour les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans 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, d). L'administration des produits doit être médicalement justifiée et prescrite par un médecin. La prescription doit mentionner la dose et la durée du traitement, et être périodiquement contrôlée.
- b) Les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans qui souffrent d'une intolérance à la gliadine perçoivent une contribution annuelle forfaitaire aux frais d'un régime spécial prescrit et surveillé par un médecin (voir supplément 2).
- c) Les produits alimentaires pauvres en protéines, prescrits et surveillés par un médecin, sont remboursés pour les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans lors de maladies congénitales du métabolisme aminoacide, par ex. phénylcétonurie (voir supplément 2).
- d) 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 en lien direct avec cette infirmité congénitale et s'il est médicalement nécessaire. En cas de doute, le dossier est transmis à l'OFAS.
- e) Les produits diététiques figurant dans la liste des produits fournis en portions (supplément 1, liste C) sont octroyés pour une durée maximale de 25 jours par mois à la place des produits diététiques usuels nécessaires qui ne sont pas fournis sous forme de portions, et uniquement sur demande dûment motivée. Un octroi de longue durée n'est pas autorisé.

- 7/16 f) En cas de défaut prouvé de la synthèse de BH4, l'AI peut prendre en charge, sur prescription médicale, les frais de saproptérine (Kuvan®).

Les assurés souffrant d'une phénylcétonurie (défaut de phénylalaninehydroxylase) ne répondent que rarement, et souvent de manière insuffisante, au traitement par saproptérine (Kuvan®). Pour les assurés qui y répondent de manière satisfaisante (*full responders*), l'AI peut prendre en charge les frais de saproptérine (Kuvan®) plutôt que ceux des produits diététiques pauvres en acides aminés (selon supplément 1, liste B, et supplément 2).

En cas de prescription simultanée de saproptérine (Kuvan®) et de produits diététiques pauvres en acides aminés, l'AI prend en charge soit l'un soit l'autre des traitements.

En résumé : le Kuvan® est remboursé en cas de défaut congénital et prouvé de la synthèse de BH4 (aussi connu sous le nom de phénylcétonurie atypique) ; par ailleurs, chez les patients souffrant de phénylcétonurie qui doivent répondre complètement au traitement par Kuvan, c'est-à-dire être ce que l'on appelle des "full responders".

Supplément 1

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

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

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

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

Déficit en transporteur de glucose de type 1 Epilepsie				
Troubles du métabolisme calcique	Pauvre en calcium et sans vitamine D	basic-CaD		
Fibrose cystique	Riche en énergie, vitamines A, D et E et sodium	Cystilac	Maltodextrin, Liquigen, Calogen	
En complément énergétique, en général	Glucides, graisses saturées à assimilation rapide		Maltodextrine, Liquigen, Calogen	MCT procal (Vitaflo) Lipistart (Vitaflo)
Substitution de vitamines, sels minéraux et oligo-éléments en général	Sans lactose ni gluten, fructose et saccharose en petites quantités		Seravit	Advit 2 Advit 3 Advit4

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

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

<i>Maladie</i>	<i>Caractéristiques des produits</i>	<i>Produits Milupa</i>	<i>Produits SHS</i>	<i>Streuli / Vitaflo / MetaX / Nestlé</i>
Anomalies du cycle de l'urée	Acides aminés essentiels	UCD 1, UCD 2	E-AM 1, E-AM 2	L-arginine, L-citrulline
Maladie du sirop d'érable	Sans isoleucine, ni leucine, ni valine	MSUD 1-mix, MSUD 1, MSUD 2- prima, MSUD 2- secunda, MSUD 3- advanta	ILV-AM infant, ILV-AM 1, ILV-AM 2, ILV-AM 3	L-isoleucine, L-valine
Acidémie propionique et acidurie méthylmalonique	Sans isoleucine, ni méthionine, ni thréonine, ni valine	O 1, OS 2- prima, OS 2- secunda OS 3- advanta	IMTV-AM infant, IMTV-AM 1, IMTV-AM 2, IMTV-AM 3	L-isoleucine, L-valine
Acidémie d'isovalériane	Sans leucine	LEU 1, LEU 2- prima	LEU-AM infant, LEU-AM 1, LEU-AM 2	
Glutaracidurie	Sans lysine	LYS 1, LYS 2- prima GA1, GA2 Prima	LT-AM infant, LT-AM 1, LT-AM 2	
Homocystinurie	Sans méthionine	HOM 1- mix, HOM 1 HOM 2 –prima HOM 2-secunda, HOM 3-advanta	M-AM infant, M-AM 1, M-AM 2, M-AM 3	L-cystine
Tyrosinémie	Sans phénylalanine ni tyrosine	TYR 1 mix, TYR 1, TYR 2- prima, TYR 2-secunda, TYR 3-advanta	PT-AM infant, PT-AM 1, PT-AM 2, PT-AM3	L-phénylalanine
Phénylcétonurie	Sans phénylalanine	PKU 1-mix, PKU 1 PKU 2-mix, PKU 2- prima	P-AM infant, P-AM 1, P-AM 2, P-AM 3, P-AM maternal	XPhe Infant Mix XPhe smart K XPhe smart J

		PKU 2-secunda, PKU 3 PKU 3 advanta		XPhe smart A XPhe for 2
Pour toutes maladies congénitales du métabolisme des acides	sans protéine	pasic-p	Energivit	
Déficit du métabolisme de créatine	riche en créatine			L-ornithine, L-arginine, L-glycine, Créapure (AlzChem), Trostberg (Allemagne)
En complément énergétique, en général	Glucides à assimilation rapide, graisses saturées		Maltodextrine, Liquigen, Calogen	
En général : substitution de vitamines, de sels minéraux et d'oligo-éléments	Sans lactose ni gluten, ne contenant que de petites quantités de fructose et de saccharose		Seravit	Advit 2

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

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

Maladie	Caractéristiques des produits	Produits Milupa Metabolics / Nutricia	Produits SHS /Nutricia	Produkte MetaX/ Streuli / Vitaflo / Nestlé
Anomalies du cycle de l'urée	Acides aminés essentiels		E-AM Anamix (1 portion = 5,2 g prot)	EAA supplement (Vitaflo) (1Port. = 5g prot)
Maladie du sirop d'érable	Sans isoleucine, ni leucine, ni valine		ILV-AM Anamix (1 portion = 10 g prot) MSUD Lophlex LQ 20 Juicy (1 portion = 20 g prot)	MSUD cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1 Port. = 10, 15, 20g prot); MSUD express 15, 20, (Vitaflo) (1 Port. = 15, 20g prot); MSUD gel (Vitaflo) (1.Port. = 24g prot)
Acidémie d'isovalériane	Sans leucine			IVA cooler 15 (Vitaflo) (1 Port. = 15g prot)
Glutaracidurie	Sans lysine			GA express 15 (Vitaflo) (1 Port. = 15g prot); GA gel (Vitaflo) (1 Port. = 24g prot)
Homocystinurie	Sans méthionine		M-AM AnamixX (1 portion = 10 g prot) HCU Lophlex LQ 20 Juicy (1 portion = 20 g prot)	HCU cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1Port. = 10, 15, 20g prot); HCU express 15, 20 (Vitaflo) (1Port. = 15, 20g prot); HCU gel (Vitaflo) (1 Port. = 24g prot)
Tyrosinémie	Sans phénylalanine ni tyrosine		PT-AM Anamix (1 portion = 10 g prot) TYR Lophlex LQ 10 Juicy (1 portion = 20 g prot)	TYR cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1 Port.= 10, 15, 20g prot); TYR express 15, 20 (Vitaflo) (1 Port. = 15, 20g prot) ; TYR gel (Vitaflo) (1 Port.= 24g prot)
Phénylcétonurie	Sans phénylalanine	PKU 2-Fruta (1 portion = 14 g prot)	P-AM Anamix (1 portion = 10 g prot)	Xphe smart K (1 Port. = 5g prot); XPhe smart J (1 Port. = 10g)

		<p>PKU 2- shake (1 portion = 14 g prot) PKU 2- mix vanilla (1 portion = 6 g prot)</p> <p>PKU 2-activa (1 sachet = 14 g prot) PKU 3- tablets (10 comprimés = 3,5 g prot) PKU 3- shake (1 portion = 21 g prot) PKU 3-activa (1 sachet = 21 g prot) PKU 3-tempora (1 portion = 14 g prot)</p>	<p>PKU Lophlex poudre 20 (1 portion = 20 g prot) P-AM Easiphen (1 portion = 12,5 g prot) PKU Anamix junior LQ (1 portion = 10 g prot) PKU Lophlex LQ 20 (1 portion = 20 g prot) PKU Lpphlex LQ 10 Juicy (1 portion = 10 g prot) PKU Lophlex LQ 20 Juicy (1 portion = 20 g prot) PKU Lophlex Sensation 20 (1 portion = 20 g prot) P-AM add-ins (1 portion = 10 g prot)</p>	<p>prot); Xphe smart A (1 Port. = 20g prot); XPhe for 2 (1 Port.= 10g prot); XPhe jump 10 (1 Port. = 10g prot); XPhe jump 20 (1 Port. = 20g prot); XPhe mini A (1Port. = 10g prot); XPhe Energy K (1 Port. = 5g prot); XPhe Energy J (1 Port. = 5g prot); XPhe Energy A (1Port. = 10g prot); PKU cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1 Port. = 10, 15, 20g prot); PKU express 15, 20 (Vitaflo) (1 Portion = 15, 20g prot); PKU gel (Vitaflo) (1 Port. = 24g prot); PKU squeezie (Vitaflo) (1 Port. = 10g prot)</p>
<p>Carence en pyruvate déshydrogénase Déficit en transporteur de glucose de type 1 Epilepsie</p>	<p>Sans glucides Pauvre en glucides et riche en graisse</p>		<p>Ketocal advance 4:1 LQ Multi fibre</p>	

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

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

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

Supplément 2

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

<i>Classe d'âge</i>	<i>Francs par année</i>
1 – 2 ans	600
3 – 6 ans	700
7 – 12 ans	1050
13 – 20 ans	1450

Pour la maladie cœliaque (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. 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.

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

Aproten (farine, semoule, pâtes).

Farine Damin (farine pauvre en albumine de la firme Maizena)

Pain en boîte, pain gaufrette, pâtes, farine, biscuits (firme Hammermühle)

Finax (mélange de poudre pauvre en protéine)

Produits Leprofin de la maison SHS

Zwieback, biscuits (firme Plasmon Dietetici)

Annexe 3

L'annexe 3 « Directives sur les soins à domicile (art. 4 RAI) » a été abrogée le 1^{er} janvier 2004.

Annexe 4

Registre des spécialistes SSO en orthopédie dento-faciale (ch. 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.

Annexe 5**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.

Chiffre		page
3	Infirmités manifestement congénitales, mais ne figurant pas dans l'annexe de l'OIC (voir aussi ch. 10)	A 2
462	Cas douteux de déficit en hormone de croissance	C 40
1240	Mesures de réadaptation effectuées à l'étranger pour assurés domiciliés en Suisse (art. 23 ^{bis} , al. 1, RAI)	G 12

Directives médicales relatives aux IC 404

1. Partie générale

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

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

1.2 Limites d'âge

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

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

1.3 Demandes après 9 ans révolus

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

* Le traitement pédopsychiatrique, l'ergothérapie et le traitement médicamenteux sont reconnus comme traitement médical par l'assurance-invalidité. La logopédie, la psychomotricité, les cours spéciaux ou de soutien, les mesures d'encouragement scolaire intégratif et toute autre mesure de soutien sont à la charge des cantons depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). L'examen médical ou psychologique du cas n'est pas considéré comme un traitement, non plus que les conseils aux parents (ATF I 569/00 du 6.7.2001). Comme le traitement des jeunes enfants se fait de toute manière principalement par l'intermédiaire des parents ou d'autres personnes de référence servant de

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

1.4 Obligation de traitement (ch. 404.3 CMRM)

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

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

2. Partie spéciale

2.1 Critères de reconnaissance

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

médiateurs et que les enfants peuvent rarement être traités seuls, ce travail thérapeutique doit être déclaré comme traitement pédopsychiatrique de l'enfant et de sa famille.

2.1.1 Troubles du comportement

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

- Troubles de l'humeur et des affects : dépression/tristesse, excitabilité/dysphorie, manque de confiance en soi, désespoir, sentiment de culpabilité/auto-accusation, pauvreté des affects, manque d'intérêt/apathie, labilité des affects, agitation intérieure/impulsivité, augmentation de la conscience de sa propre valeur/euphorie.
- Troubles du contact : hyperadaptation, timidité/manque d'assurance, retrait social/isolement, mutisme, exagération, perte de la distance/désinhibition, manque d'empathie, manque de réciprocité et de communication sociales.

- Au sens d'un comportement oppositionnel, voire antisocial, les troubles suivants satisfont également aux critères exigés : domination, opposition/refus, agressivité verbale, agressivité physique, mensonge/tromperie, vols, fuites/fugues, école buissonnière, destruction de biens, pyromanie.

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

2.1.2 Troubles de l'impulsion

En neuropsychologie, on définit actuellement l'impulsion comme une composante des fonctions d'exécution associées à l'action, qui peut être en partie mesurée par des tests psychologiques. Dans le contexte du droit des assurances, elle désigne le dynamisme global de l'enfant, sa propension générale à l'action, l'activation de fond supramodal tonique. Les troubles peuvent aller soit vers un « hyper » (excès), soit vers un « hypo » (déficit, par ex. l'enfant ne bouge pas s'il n'y est pas poussé). Elles s'observent au cabinet médical et se retrouvent dans l'anamnèse.

Un excès se manifeste souvent par une psychomotricité typique, mais aussi par une très grande rapidité dans l'exécution de gestes et de paroles associée à un grand nombre d'erreurs, un débit de parole élevé, une hyperactivité globale, la transgression de limites et une difficulté générale à respecter celles-ci.

Un déficit peut se manifester par une vitesse de traitement extrêmement faible ou de grandes difficultés à initier une activité, ou encore par un « enlisement » en cas de travail autonome. Ces caractéristiques ne sont pas toutes observables en situation de test et on dépend aussi du jugement des parents et des enseignants pour poser le diagnostic.

2.1.3 Troubles de la perception

Au premier plan se trouvent des déficits avérés de la perception visuelle et auditive, qui peuvent entraver l'acquisition du langage. Il n'y a trouble de la perception qu'en présence d'une baisse de certaines performances visuelles ou auditives partielles ou spécifiques. La démarche recommandée ici est de demander des tests standardisés afin d'établir un bilan clair et détaillé. Etant donné l'importance de ce domaine pour les mesures de soutien pédagogiques, il existe un vaste choix de procédures.

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

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

De très nombreux tests permettent de mesurer les troubles de la perception visuelle ; beaucoup sont intégrés à des tests d'intelligence. C'est le cas du **complément d'images** (= « Bildergänzen »), des cubes, de **l'assemblage d'objets** (= « Figurenlegen »), de la **reconnaissance de formes et**

personnes (= « Gestalt-Erschliessen »), de la **fenêtre magique** (= « Zauberfenster ») et des **triangles** (= « Dreiecke »).

Il en existe aussi plusieurs dans le domaine visuo-constructif (perception visuo-spatiale), notamment la **figure complexe de Rey** et le **DTVP** (« *developmental test of visual perception* »).

Tous ces tests permettent d'analyser la différenciation formes-fond, la constance des formes, la situation dans l'espace, les relations spatiales, ainsi que la perception analytique et synthétique des formes. L'important est de bien faire la différence entre les troubles de la perception et ceux touchant la capacité de reproduction.

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

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

2.1.4 Troubles de la concentration

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

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

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

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

2.1.5 Troubles de l'attention

Les troubles de l'attention sont souvent définis comme des atteintes de la mémoire à court terme. Les troubles de la mémoire auditive à court terme peuvent être mesurés par de très nombreux tests : **répétition de chiffres, suites de mots, consignes, syllabes de Mottier**. La mémoire visuelle est mesurée par la **reconnaissance de visages** ou les **tests d'apprentissage visuel** (par ex. **test d'apprentissage visuel de Rey** ou **DCS**, où il faut reproduire des

figures complexes avec des bâtonnets). De nombreux tests permettent donc de mesurer la mémoire à court terme. Certains tests permettent de mesurer la capacité d'apprentissage (**DCS** et **VLMT**, test d'apprentissage et d'attention visuels) et d'autres également la mémoire à long terme (par ex. la figure complexe de Rey ou l'échelle clinique de mémoire de Wechsler).

2.1.6 Intelligence

L'une des conditions à la reconnaissance d'une problématique en tant qu'IC 404 est une intelligence normale. Il existe de nombreux tests d'intelligence : K-ABC, WISC IV, ids (*intelligence and developmental scales*), etc.

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

2.2 Diagnostic différentiel

Au fond, l'IC 404 est un diagnostic qui procède par élimination. Il faut exclure d'abord une pathologie acquise (dans la petite enfance), qui pourrait être la cause d'un syndrome psycho-organique (traumatisme cérébral, encéphalite), puis divers troubles psychiatriques acquis ou réactionnels pouvant aboutir à un

syndrome ressemblant au TDA/H : négligence précoce, maltraitance, troubles de l'attachement, facteurs de stress émotionnel et/ou psychique dans un contexte social lourd, difficultés cognitives associées à un retard mental général ou sous-stimulation chez un surdoué. Il existe en outre des troubles du développement limités ou envahissants qui provoquent les mêmes symptômes. Si l'on suspecte un trouble relevant de la pédopsychiatrie, il faut faire appel à un spécialiste. Des comorbidités liées à l'IC 404 peuvent apparaître, mais elles ne sont généralement pas la cause majeure de la symptomatique.

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

Le rapport doit donc exposer clairement :

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

2.3 Outils diagnostiques

C'est à la personne chargée de l'examen qu'il incombe de choisir les tests (différents selon la langue) qui lui permettront de répondre à la question, et de les utiliser conformément à l'état de l'art. Les multiples tests mentionnés dans le présent manuel ne le sont donc qu'à titre d'exemples et ne constituent pas une liste exhaustive des tests admis. Il est évident que les tests utilisés doivent être standardisés conformément aux principes reconnus par la psychologie appliquée.

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

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
 Activité lucrative 33 ss, 54, 71
 Acuité visuelle 411–428.1 ss
 Acupuncture 1000
 Affection comme telle, traitement 30, 36 ss
 Affectivité 404.5
 Aganglionose 278
 Albee, greffe d' 738/938
 Alcoolisme 645–647
 Allergies 621–625
 Amastie 113
 Amblyopie 427.1
 Amélies 176
 Amelogenesis 205
 Amotio retinae 661.17
 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
 Aplasie 113, 152, 190
 Apnée 495, 497–499
 Aponévrose, résection de 738/938.8
 Apoplexie 44
 Appareil acoustique à 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, 1208
 Ataxies 1043
 Athélie congénitale 113
 Audiogramme tonal 444 671.1
 Autorisation cantonale de pratiquer 1201 ss
 Autotransfusion 1012

B

Bégaiement 645–647.6
 Biométrie 661.7
 Biopsie 279
 Blessures 40
 Bobath, traitement selon 489.4
 Botox® 390.8
 Bronchectasie 241
 Brûlures 1028

C

Caecum mobile 276
 Camps de vacances 324.1, 459.3
 Camptodactylie 177.1
 Camurati–Engelmann, dysplasie 461
 Capacité de gain (durée et importance) 30 ss, 67 ss
 Caractère durable d'un traitement 63
 Cardiomyopathies 313
 Carence, délai de 56 ss, 645–647.5
 Caries 21, 201
 Cartilage 731–738
 Cataracte 661/861.4 ss
 Cataracte secondaire 661/861.4/6
 Causalgie 1053
 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
 Cœliakie 279
 Cœur 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
 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
 Décompression, opération de
 1010
 Déficience 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
 Epiphysiolysse 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, 1238
 Etat de santé 38
 Etat pathologique labile 41 46
 Etranger, mesures à l' 1235 ss
 Eurythmie 1019
 Examens génétiques 1020
 Examens neuropsychologiques
 387.16
 Exercice d'une activité lucra-
 tive 33 ss, 71
 Exostose 738/938.1
 Expertise médicale 387.14

F

Faculté sensorielle 404.5
 Fémur épiphysiolysse 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 location 278
 Frais de séjour accompa-
 gnants 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 733/933
 Gonatrophine 355
 Greffe de la cornée 661/861.2
 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, métabo-
 lisme 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 pri-
 mitive 313
 Hypocalcémie 498.1/2, 494
 Hypoglycémie 498.2, 451.1 ss
 Hypomagnésiémie 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 par le VIH 326.3, 490
 Infirmité congénitale 1 ss
 – affection conséquente 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
 Intolérance au fructose
 451.1 ss
 Intolérance à la gliadine 279
 Invalidité
 – notion 32, 35
 – survenance 35
 – menace d'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
Liste
– des médicaments avec tarif
1205
– des spécialités (LS) 1205
Listériose 493

Locomotion, organes de 731-
738

Luès 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
– coéliqua (v. coéliqua)
– 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
– en général, 1205 ss, 1218,
1233
– homéopathiques 1209
Membrane hyaline 247.1,
497.4, 499
Ménage, activités dans le 64
Méningocèle 381.1 s
Méningocéphalite 654/854
Mesure de l'incapacité de gain
35

- Mesures médicales
 – début et durée du droit
 14 ss, 54
 Méningocéphalite 654/854
 Métaboliques néonataux, troubles 495 ss
 Métabolisme des albumines
 452
 Microglossie 214
 Moelle épinière 856.1
 Mongolisme (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
 Myéломéningocèle 381.1/2,
 655–657.3
 Myéloplaxome 123
 Myopathie 184
 Myopie 425.1, 661/861.4
- N**
- Naevus 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
 Néphronophtise 341
 Néphrose lipoïdique 341
 Nerf facial 1010
 Nerf péronier 1010
 Nerf, suture secondaire d'un
 47, 1048
 Nerfs périphériques 1010
 Neurofibrome 11, 481
 Névrose 76, 645–647
 Nourriture parentérale à domicile (NPD) 1233
 Nutritionnels conseils 1202,
 1218
 Nutrition, maladie de la 621–
 625
- O**
- Œil, infirmités 411–428.1 ss,
 661/861
 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, 1035 ss

P

Paralyse

- ataxique 390.1 ss
- athétosique 390.1, 1043
- début des prestations 60, 604, 856.4
- en 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 la 404.5

Personnalité, troubles de la 641–644

Personnel paramédical 1200 ss, 1223

Phalange, flexion de la 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

Pompe à lait 278, 494

Poneythérapie 1021, 1042

Porus sacral 381.1

Poumons, rupture 499

Prépondérance de la réadaptation 51

Prêt de moyens auxiliaires 1217

Privée, chambre 1228

Problèmes de croissance rénale 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 au sens des
 art. 12 et 13 LAI
 – critères d'appréciation 32
 Rebord alvéolaire 123
 Reflux gastro-œsophagien 280
 Reflux vésico-urétral 346
 Régime 279, 451.2, 452,
 459.1, 1207
 Rehaussement du talon 1035
 Rein artificiel 1012
 Reins, affection des 499,
 711/911
 Respiration artificielle 47
 Rétine, décollement de la
 661/861.17
 Rétinopathie diabétique 661.4
 Réutilisation d'appareils 1217
 Rhumatisme articulaire
 731/931
 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
 Sténose aortique sous-
 valvulaire 6
 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 déficience 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
 - de Smith Magenis 6, 6.1, 10
 - du tunnel carpien 1011
 - de Turner 466
 - de Watson-Alagille 291
- Synevectomy 731/931.2
- Syngomélie 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
- Tératome 103
- Tétraplegie 856.1 ss
- Thérapie myofonctionnelle 208–210.6
- Thérapie neuropsychologique 655–657
- Thorax en carène 164
- Thorax, malformations du 167
- Thrombocytopathie 324.1, 655–657.3
- Tissu conjonctif, maladie du 738/938.8
- Tonus musculaire 395
- Toxicomanie 645–647.2
- Toxoplasmose 493
- Traitement à domicile (ambulatoire) 1200, 1220, 1232 ss, annexe 3
- Traitement dentaire 13, 403.2
- Traitement intensif 390.8, 494, 495 ss
- Traitement médical accessoire 51, 76
- Traitement
- à l’étranger 1235 ss
 - sans obligation de prestations 21
- Traitements orthoptiques 1227
- Transplantation d’organes 1030
- Transport, moyen de 1243
- Transport par hélicoptère 1248
- Trisomie 21 489 ss
- 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 401
 - 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 l' 452
Uvéite 420

V

Vaccinations 1023
Vaisseaux, malformation des
313, 655–657
Valve cardiaque 682/882
Varices 52
Varilux 661/861.15
Vélopharyngoplastie 701/901
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