



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

# **Les mesures médicales dans l'assurance- invalidité et dans l'assurance-maladie**

Rapport à l'intention de la CSSS-N

Berne, 15 mars 2013

Office fédéral des assurances sociales OFAS  
Domaine Assurance-invalidité  
Effingerstrasse 20  
3003 Berne

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Mandat</b> .....	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>Les mesures médicales de l'AI</b> .....	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Différences entre l'assurance-invalidité et l'assurance-maladie</b> .....	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>Adaptations possibles de la prise en charge des mesures médicales par l'AI</b> .....	<b>16</b>
<b>4.1</b>	<b>Contexte</b> .....	<b>16</b>
<b>4.2</b>	<b>Les différentes variantes</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>Variante 1 : Suppression de toutes les mesures médicales de</b> .....	<b>20</b>
	<b>l'AI</b>	<b>20</b>
<b>4.4</b>	<b>Variante 2 : Limitation aux mesures médicales visant la</b> .....	<b>22</b>
	<b>réadaptation</b> .....	<b>22</b>
<b>4.5</b>	<b>Variante 3 : Suppression ciblée de certaines mesures médicales</b> de l'AI .....	<b>23</b>
<b>4.6</b>	<b>Variante 4 : Optimisation des mesures médicales de l'AI</b> .....	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>Annexes</b> .....	<b>28</b>
	<b>Annexe I : Evolution des coûts des mesures médicales dans l'AI</b> .....	<b>29</b>
1	Evolution des coûts totaux des mesures médicales	29
2	Evolution des coûts des mesures médicales pour l'art. 13 LAI	31
2.1	Evolution des coûts des différentes infirmités congénitales	32
2.2	Bénéficiaires de mesures médicales en 1983 avec une rente de l'AI	38
	<b>Annexe II : Différences entre l'AI et l'AMal</b> .....	<b>40</b>
<b>1</b>	<b>Différences dans l'étendue des prestations</b> .....	<b>40</b>
1.1	<i>Psychothérapie</i> .....	40
1.2	<i>Physiothérapie</i> .....	40
1.3	<i>Ergothérapie</i> .....	41
1.4	<i>Traitements dentaires, chirurgie et orthopédie dento-faciales</i> .....	41
1.5	<i>Produits alimentaires diététiques</i> .....	41
1.6	<i>Camps pour enfants</i> .....	42
1.7	<i>Frais de voyage</i> .....	42
2.1	<i>Prestations médicales ambulatoires</i> .....	42
2.2	<i>Traitements hospitaliers stationnaires</i> .....	42
2.3	<i>Analyses de laboratoire et médicaments</i> .....	43
2.4	<i>Organisations d'aide et de soins à domicile</i> .....	43
2.5	<i>Physiothérapie, ergothérapie et chiropraxie</i> .....	43

2.6	<i>Psychothérapie</i> .....	43
2.7	<i>Conseils diététiques et conseils aux diabétiques</i> .....	43
2.8	<i>Traitements dentaires, chirurgie et orthopédie dento-faciales</i> .....	43
2.9	<i>Transports effectués par les Samaritains et la REGA</i> .....	43
<b>3</b>	<b>Participation aux coûts</b> .....	<b>44</b>
	<b>Annexe III : Bases légales</b> .....	<b>45</b>
<b>1</b>	<b>Assurance-invalidité</b> .....	<b>45</b>
1.1	<i>Origines de la législation en vigueur et des divers régimes d'assurance</i> .....	45
1.2	<i>Modifications apportées aux mesures médicales à partir de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI</i> .....	45
1.3	<i>Interventions parlementaires postérieures à la 5<sup>e</sup> révision de l'AI</i> .....	45
iv. Pa.	07.451 Rossini. Assurance-invalidité. Infirmités congénitales après 20 ans	45
Mo	09.3977 CSSS-N. Assurance invalidité. Infirmités congénitales après 20 ans	46
Mo	10.3204 Wehri. Prise en charge par l'assurance-maladie des mesures médicales actuellement remboursées par l'AI	47
Mo	11.3263 Rossini. Coordination des assurances sociales et garantie des prestations	48
1.4	<i>Mesures médicales de l'assurance-invalidité</i> .....	48
	Conditions d'octroi des mesures médicales	48
	Octroi de mesures médicales	49
	Étendue et durée des mesures médicales	49
	Nature des mesures médicales	49
	Libre choix de l'assuré	50
	Tarifs et remboursement par l'assurance-invalidité	50
2.1	<i>Étendue des prestations de l'assurance-maladie</i> .....	51
	Conditions générales d'octroi des prestations	51
	Prestations médicales	51
	Soins dentaires	52
	Personnes prodiguant des soins sur prescription médicale (fournisseurs paramédicaux)	52
	Moyens et appareils	53
	Analyses	53
	Médicaments	54
2.2	<i>Tarifs et remboursement par l'assurance-maladie</i> .....	55
	Généralités	55
	Principes de tarification	55
	Règles de tarification particulières	55
<b>3</b>	<b>Assurance-accidents</b> .....	<b>56</b>
	<b>Annexe IV : Dispositions relatives à la coordination</b> .....	<b>58</b>
	Avant l'entrée en vigueur de la LPGA	59
	Après l'entrée en vigueur de la LPGA	59

Après l'entrée en vigueur de la 4 <sup>e</sup> révision de l'AI	59
Conclusion	60
Séquelles d'infirmités congénitales	61
Maladies orphelines	62
Durée limitée de la priorité absolue	62
Relation entre les assurances	62
<b>Annexe V : Conséquences financières des mesures étudiées pour la .....</b>	<b>63</b>
<b>variante 3.....</b>	<b>63</b>
Suppression de la prise en charge des interventions chirurgicales uniques, simples et peu onéreuses concernant des infirmités congénitales peu importantes	63
Suppression des mesures médicales pour les nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 g sans infirmité concomitante (ch. 494 OIC)	64
Suppression des traitements dentaires et de chirurgie et d'orthopédie maxillaire en cas de malformation de l'appareil masticatoire (ch. 201-210 OIC)	65
Abaissement de 20 à 18 ans de la limite d'âge pour les infirmités congénitales	66

Pour des raisons de lisibilité, la forme masculine employée dans le présent rapport renvoie aux deux sexes.

## Abréviations

CdC	Centrale de compensation AVS/AI
CDF	Contrôle fédéral des finances
CFM	Commission fédérale des médicaments
ch.	Chiffre marginal
CMRM	Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI
CSSS-N	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA
LAA	Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
LAM	Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (RS 833.1)
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LiMA	Liste des moyens et appareils
LMIC	Liste des médicaments en matière d'infirmités congénitales
LPGA	Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1)
LPT <sub>h</sub>	Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques) (RS 812.21)
LS	Liste des spécialités
OAA	Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (RS 832.202)
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OIC	Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (RS 831.232.21)
OPAS	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins)
RAI	Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RS 831.201)
SCTM	Service central des tarifs médicaux LAA
SMR	Service médical régional de l'AI

## Résumé

### Mandat

A l'issue de la discussion par article, le 14 octobre 2010, du premier volet de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI (révision 6a), la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a chargé l'administration de rédiger un rapport sur les mesures médicales dans l'assurance-invalidité (AI). Ce rapport devait mettre en évidence les différences entre assurance-invalidité et assurance-maladie, présenter plusieurs possibilités de transfert de mesures médicales de l'AI à l'assurance-maladie (AMal) et en exposer les conséquences.

Parallèlement, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a évalué en 2011/2012 les mesures médicales de l'AI et formulé six recommandations. La date de rédaction du présent rapport a été planifiée de façon à intégrer ces recommandations.

### Mesures médicales de l'AI

Actuellement, en vertu des art. 12, 13 et 14 LAI, l'assurance-invalidité (AI) rembourse, pour les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans, certains traitements ambulatoires et stationnaires, à savoir ceux qui portent sur des infirmités congénitales ou qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle de ces assurés et propres à améliorer de manière durable et importante leur capacité de gain. Ces onze dernières années, le coût total des mesures médicales de l'AI a crû de 4,8 % par an en moyenne, passant de 453 millions de francs en 2001 à 694 millions en 2011. Cette évolution s'explique avant tout par la forte augmentation du coût moyen par bénéficiaire (+ 53 %), alors que le nombre de bénéficiaires n'a augmenté que de 6 % dans la période considérée (entre 2001 et 2011). L'augmentation des coûts est inférieure à la moyenne depuis 2008. Les prestations médicales de l'AMal connaissent la même évolution.

### Différences entre l'AI et l'AMal

Les différences entre l'AI et l'AMal se situent, d'une part, au niveau du système et, d'autre part, au niveau de la pratique :

- Examen du droit aux prestations : avant d'octroyer des prestations, les offices AI examinent les conditions du droit sur la base d'une analyse des dossiers et, pour les cas complexes, d'examens cliniques complémentaires, effectués au service médical régional de l'AI (SMR). Après l'examen, les médecins des SMR recommandent aux offices AI les mesures médicales nécessaires dans le cas en question. Le remboursement des prestations se fait par l'intermédiaire des offices AI. Ceux-ci ne sont pas tenus de transmettre tous les dossiers au SMR. En général, les assureurs-maladie n'examinent pas préalablement l'obligation de prestation, mais remboursent les prestations déjà fournies, hormis lorsqu'un accord préalable de prise en charge est requis, par ex. pour les diagnostics et les traitements particulièrement onéreux et délicats. Dans ces cas, le système de l'AMal prévoit également de demander l'accord du médecin-conseil avant leur exécution.
- L'application des critères EAE – efficacité, adéquation et économicité – aux nouvelles prestations médicales est définie légalement dans l'AMal. Pour décider des prestations à autoriser, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est assisté par des commissions extraparlimentaires. L'AI ne dispose pas de structures similaires et n'est pas représentée dans ces commissions. Elle est de fait contrainte de reprendre les mêmes prestations que l'AMal, à l'exception des limitations concernant certaines mesures (par ex. pour l'étendue et la durée d'une psychothérapie, d'une physiothérapie ou d'une ergothérapie, ou pour les aliments diététiques destinés aux mineurs atteints d'une maladie métabolique congénitale).
- Tarifs médicaux : si les tarifs des prestations médicales ambulatoires sont décomptés dans l'AI comme dans l'AMal sur la base de la structure tarifaire Tarmed, la valeur du point de taxe est différente. Les tarifs médicaux valables pour l'AI sont fixés par la Commission des tarifs médicaux des assureurs-accidents, en même temps que ceux valables pour l'assurance-accidents (AA) et l'assurance militaire (AM). L'AI et l'AM n'ont dans cette commission qu'un statut d'experts.
- Financement des hôpitaux : jusqu'à fin 2011, pour les patients soignés dans leur canton de domicile, l'AI remboursait 80 % du coût des traitements résidentiels, conformément au modèle de taxe hospitalière, et le canton prenait à sa charge les 20 % restants. Les cantons ayant résilié cette

convention, l'AI prend à sa charge 90 % de ces coûts depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Dans le cadre de la révision 6b de l'AI, la répartition 80/20 a été inscrite dans la loi à l'art. 14<sup>bis</sup> LAI. L'AMal, pour sa part, fixe des forfaits sur la base d'une structure uniforme à l'échelle nationale (art. 49 LAMal). Les cantons et les assurés se partagent la prise en charge des coûts, à hauteur de 45 % au maximum pour l'AMal et de 55 % pour le canton.

- Participation aux coûts : l'AI ne prévoit aucune participation aux coûts. Dans l'AMal, la participation aux coûts des prestations dont bénéficient les assurés de plus de 18 ans comprend un montant annuel fixe (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). Jusqu'à 18 ans, le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié.
- Etendue des mesures médicales : les directives de l'AI sont moins strictes en ce qui concerne le remboursement de la durée et la quantité de certaines mesures médicales, comme la psychothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie. Dans l'AMal, ces prestations sont limitées ; ces limites sont fixées dans l'OPAS.

### **Motifs justifiant des adaptations**

Les principaux constats justifiant les adaptations envisagées pour les mesures médicales de l'AI étaient les suivants :

1. Depuis l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire (AMAL), le 1<sup>er</sup> janvier 1996, toutes les personnes résidant en Suisse sont couvertes pour les mesures médicales en cas d'atteinte à la santé, quelle qu'en soit l'origine ;
2. Depuis l'entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'AI axe sa stratégie sur la réadaptation professionnelle des assurés ;
3. Pour les infirmités congénitales, l'AI joue le rôle d'assureur-maladie sans pouvoir appliquer les dispositions de l'AMal. Deux systèmes coexistent donc, similaires en ce qui concerne les mesures médicales, mais présentant certaines différences ; de ce fait, les prestataires de soins, les représentants de l'industrie pharmaceutique ou les organisations de patients se tournent, pour le remboursement de nouvelles prestations et de nouveaux médicaments, à la fois vers l'AI (pour les mineurs) et vers l'AMal (pour les adultes). De plus, l'AI ne dispose pas des commissions, des ressources, des instruments de pilotage et des dispositions légales nécessaires pour mener ces tâches à bien ;
4. L'AI ne dispose pas des ressources financières nécessaires pour financer l'évolution de la médecine ;
5. Le CDF recommande de revoir en profondeur la liste des infirmités congénitales et les directives relatives aux mesures médicales, ainsi que de renforcer le pilotage.

### **Variantes examinées**

Ces constats ont conduit à élaborer les quatre variantes suivantes et à étudier leurs conséquences pour l'assurance-maladie, les cantons et les assurés.

#### Variante 1 : suppression de toutes les mesures médicales de l'AI

Etant donné que les infirmités congénitales sont aujourd'hui prises en charge par l'AMal et que l'AI n'est pas une caisse-maladie mais une assurance de réadaptation, et vu l'absence des structures nécessaires et la situation financière de l'AI, une variante logique consiste à supprimer toutes les mesures médicales de l'AI. Elle entraînerait une économie annuelle de 683 millions de francs pour l'AI, et des coûts annuels supplémentaires de 547 millions pour l'AMal, de 115 millions pour les cantons et de 21 millions pour les assurés. Elle nécessiterait des adaptations de la loi (suppression des art. 12, 13 et 14 LAI).

#### Variante 2 : limitation aux mesures médicales visant la réadaptation

Comme la variante 1, cette variante supprime la fonction de caisse-maladie de l'AI pour les infirmités congénitales, mais conserve les mesures médicales destinées à soutenir la réadaptation des jeunes assurés (c'est-à-dire l'art. 12 LAI) et leur insertion professionnelle. Cette variante entraînerait une économie annuelle de 664 millions de francs pour l'AI, et des coûts annuels supplémentaires de 532 millions pour l'AMal, de 112 millions pour les cantons et de 20 millions pour les assurés. Elle nécessiterait une adaptation de la loi (suppression de l'art. 13 LAI).

### Variante 3 : suppression ciblée de certaines mesures médicales de l'AI

La variante 3 propose de supprimer certaines mesures médicales de l'AI, tout en lui laissant la compétence des mesures médicales destinées aux mineurs. Cette modification ne porte que sur des mesures médicales dont la suppression ne risque pas d'entraîner des lacunes pour les assurés ou d'avoir des conséquences négatives sur la réadaptation professionnelle. Elle concerne :

- les opérations d'infirmités congénitales peu importantes avec un traitement unique, simple et peu onéreux (adaptation au niveau de l'ordonnance, en particulier de la liste annexée à l'OIC) ;
- les mesures médicales chez les nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 g jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 g (adaptation au niveau de l'ordonnance, notamment du ch. 494 OIC) ;
- les traitements dentaires et de chirurgie et d'orthopédie maxillaires en cas d'infirmité congénitale de la mâchoire ou de l'appareil masticatoire et de fissure labiale ou maxillaire, ou de division palatine (adaptation au niveau de l'ordonnance, en particulier des ch. 201 à 210 OIC) ;
- l'aide et les soins pédiatriques à domicile (adaptation de l'art. 14, al. 1, LAI) ;
- l'abaissement de la limite d'âge de 20 à 18 ans (âge actuel de la majorité) pour les bénéficiaires de traitements médicaux à des fins purement thérapeutiques (adaptation des art. 12 et 13 LAI).

Cette variante permettrait à l'AI d'économiser 124 millions de francs par an et entraînerait des coûts supplémentaires de 105 millions de francs par an pour l'AMal, de 17 millions pour les cantons et de 4 millions pour les assurés.

### Variante 4 : optimisation des mesures médicales de l'AI

La variante 4 propose des pistes pour optimiser le système existant et l'adapter aux connaissances médicales actuelles. Elle intègre en outre les recommandations du Contrôle fédéral des finances.

Avant de pouvoir procéder à une telle optimisation, il faut impérativement définir le cadre financier. Etant donné l'assainissement en cours de l'AI, cette optimisation ne doit pas entraîner de surcoûts pour l'assurance.

Ces questions étant très complexes, il est nécessaire de commencer, en collaboration avec des experts, par les travaux de base pour chacune des mesures. Celles-ci ne pourront être définies – compte tenu des conséquences financières – qu'une fois ces travaux achevés.

La variante 4 comprend les éléments suivants :

1. Révision de la liste des infirmités congénitales de l'AI : d'une part adaptation aux connaissances médicales actuelles et, d'autre part, fixation des critères pour la reconnaissance des infirmités congénitales (adaptation du RAI, de l'OIC et des directives).
2. Amélioration des prestations médicales pour les assurés présentant des troubles précoces du développement et du comportement psychique et somatique dans le but de renforcer la réadaptation professionnelle, éventuellement au-delà de l'âge de 20 ans, tant que la formation professionnelle initiale n'est pas achevée. En même temps, redéfinition de la délimitation avec les mesures socio-pédagogiques, qui sont du ressort des cantons depuis 2008 à la suite de l'entrée en vigueur de la nouvelle péréquation financière.
3. Implication de l'AI dans la définition d'une stratégie nationale visant à améliorer la situation des personnes atteintes d'une maladie orpheline, en particulier pour le diagnostic, le traitement, le remboursement des médicaments contre ces maladies (médicaments orphelins) et la recherche (postulat 10.4055 Humbel).
4. Suppression ciblée de certaines mesures médicales de l'AI (s'inspirant de la variante 3) afin de compenser un éventuel surcoût pour l'assurance (adaptation de l'OIC et de la LAI).
5. Pour l'évaluation des nouvelles prestations et des nouveaux médicaments, harmonisation entre les critères de l'AI et les critères de l'AMal (efficacité, adéquation et économie) par deux mesures : d'une part, choix explicite des règles de l'AMal qui s'appliquent directement aussi à l'AI ; d'autre part, prise en charge pour l'AI, par les commissions de l'OFSP, de l'évaluation des prestations en ce qui concerne les critères EAE, ainsi que de la fixation du prix des médicaments. L'OFSP devrait à cet effet développer les structures existantes et intensifier sa collaboration avec l'AI. Cette manière de procéder garantirait une grande qualité technique et une homogénéité entre AMal et AI, et réduirait le besoin de personnel supplémentaire par rapport à la mise en place de nouveaux processus, critères et organes à l'OFAS. Elle correspondrait à celle qui existe déjà pour les questions liées aux tarifs médicaux, pour lesquels, sur la base d'une convention, la Centrale des tarifs médicaux LAA assure la coordination entre les assureurs-accidents, l'assurance militaire et l'AI.

6. Création d'une nouvelle commission d'experts pour la reconnaissance des infirmités congénitales (adaptation de l'art. 1, al. 2, OIC).
7. Renforcement du pilotage des mesures médicales par l'OFAS, qui serait chargé de contrôler l'adéquation, l'uniformité de la mise en œuvre et les coûts (adaptation des directives, conventions entre OFAS et offices AI).

## Conclusion

Depuis l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire en 1996, toutes les personnes résidant en Suisse sont couvertes pour les mesures médicales en cas d'atteinte à la santé, quelle qu'en soit l'origine. Logiquement, ces mesures devraient donc être supprimées de l'AI (variante 1). Mais un certain nombre d'arguments s'y opposent. Tout d'abord, le transfert à l'AMal aurait un coût. Ensuite, dans certains cas, l'AMal ne prend pas en charge exactement les mêmes prestations que l'AI. Enfin, l'AI – en particulier pour les troubles du développement comme l'autisme – ne pourrait plus influencer sur le traitement médical, d'où une réduction des chances de réadaptation dans certaines situations.

Si la variante 2 (limitation aux mesures médicales visant la réadaptation) répond bien à l'orientation de l'AI en tant qu'assurance de réadaptation, elle pose d'importants problèmes de délimitation lorsqu'il s'agit de savoir si la mesure médicale vise la réadaptation (AI) ou le traitement curatif (AMal). Une délimitation claire n'est pas possible.

La variante 3 (suppression ciblée de certaines mesures médicales de l'AI) décharge l'AI de certaines infirmités non concernées par la réadaptation, mais ne résout pas le problème des deux assurances parallèles.

La variante 4 (optimisation des mesures médicales de l'AI) ne résout pas non plus le problème des deux assurances parallèles, mais elle optimise les prestations et les processus de l'AI. Un argument en sa faveur est qu'elle affirme le positionnement de l'AI dans le système de santé en tant qu'assurance de réadaptation. Mais avec cette variante, il faut s'attendre à un vaste débat public et à une pression accrue afin que soient ajoutées au catalogue de prestations de l'AI de nouvelles prestations médicales ayant des effets positifs sur la réadaptation des assurés, ce qui risquerait d'accroître les dépenses de l'assurance. Il faudra donc prévoir des mesures d'accompagnement afin d'éviter une augmentation des coûts pour l'AI, d'autant qu'il est d'ores et déjà évident aussi que la réorganisation nécessitera des ressources en personnel supplémentaires.

L'OFAS privilégie les variantes 1 et 4 : soit on investit dans une optimisation (variante 4), soit on supprime totalement les mesures médicales de l'AI (variante 1). Nous proposons d'élaborer les bases des différents éléments de la variante 4 et d'évaluer le nouveau concept d'ici fin 2014.

## 1 Mandat

En vertu des art. 12, 13 et 14 LAI, l'assurance-invalidité (AI) rembourse, pour les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans, certains traitements ambulatoires et stationnaires, à savoir ceux qui portent sur des infirmités congénitales ou qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle de ces assurés et propres à améliorer de manière durable et importante leur capacité de gain.

Dans le cadre de la discussion par article du 1<sup>er</sup> volet de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI, la Commission nationale de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national (CSSS-N) s'est penchée, lors de sa séance du 14 octobre 2010, sur les mesures médicales dans l'assurance-invalidité. Elle a chargé l'administration de rédiger un rapport à son intention : « Ce rapport s'efforcera de répondre aux questions auxquelles l'administration ne peut pas répondre actuellement : aujourd'hui, quelles prestations sont remboursées, à quelles conditions et comment ? L'administration analysera la situation actuelle. Elle examinera également la possibilité d'un transfert sous différents angles (différences de remboursement entre un domaine et l'autre, etc.). Quelles sont les répercussions de cette situation, non seulement sur les tarifs, le remboursement, mais aussi sur les prestations elles-mêmes, sur la façon de traiter certaines thérapies reconnues dans un domaine mais pas dans l'autre ? Ce n'est que lorsqu'on disposera de toutes les données que l'on pourra, dans un second temps, aborder les conséquences d'un transfert : quelles prestations transférer ? Quelles répercussions cela aurait-il a) sur les assurés ? b) sur les caisses-maladie ? c) sur l'assurance-invalidité ? Le transfert doit-il être total ou partiel ? Après cet état des lieux, l'administration étudiera diverses possibilités et en présentera les conséquences. Le Parlement se prononcera ensuite. » (cf. procès-verbal de la CSSS-N du 14 octobre 2010).

Indépendamment de cet aspect, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a évalué la mise en œuvre et l'évolution des coûts des mesures médicales de l'AI. Pour ce faire, elle a étudié les cinq grandes problématiques suivantes :

- L'évolution des coûts à la hausse des mesures médicales est-elle la conséquence l'augmentation du nombre de cas ou est-elle due à l'accroissement des prestations et/ou des prix, indépendamment du nombre de cas ?
- Les modifications apportées à la liste des infirmités congénitales depuis 1985 et les directives édictées par l'OFAS dans ce domaine ont-elles permis de garantir une bonne maîtrise des coûts ?
- Le catalogue des infirmités congénitales et les directives de l'OFAS répondent-elles aux exigences actuelles (médicales, juridiques et administratives) et constituent-ils une aide efficace pour les offices AI et les SMR ?
- Existe-t-il, et, le cas échéant, pourquoi des différences dans le traitement des dossiers d'infirmités congénitales par les offices AI et les SMR ?
- L'OFAS dispose-t-il des moyens adéquats pour assurer son rôle de pilotage et sa fonction de surveillance dans le domaine des mesures médicales ?

La date de rédaction du présent rapport de l'OFAS a été planifiée de manière à intégrer les recommandations du CDF.

## 2 Les mesures médicales de l'AI

L'AI rembourse les mesures médicales jusqu'à l'âge de 20 ans. Elle distingue :

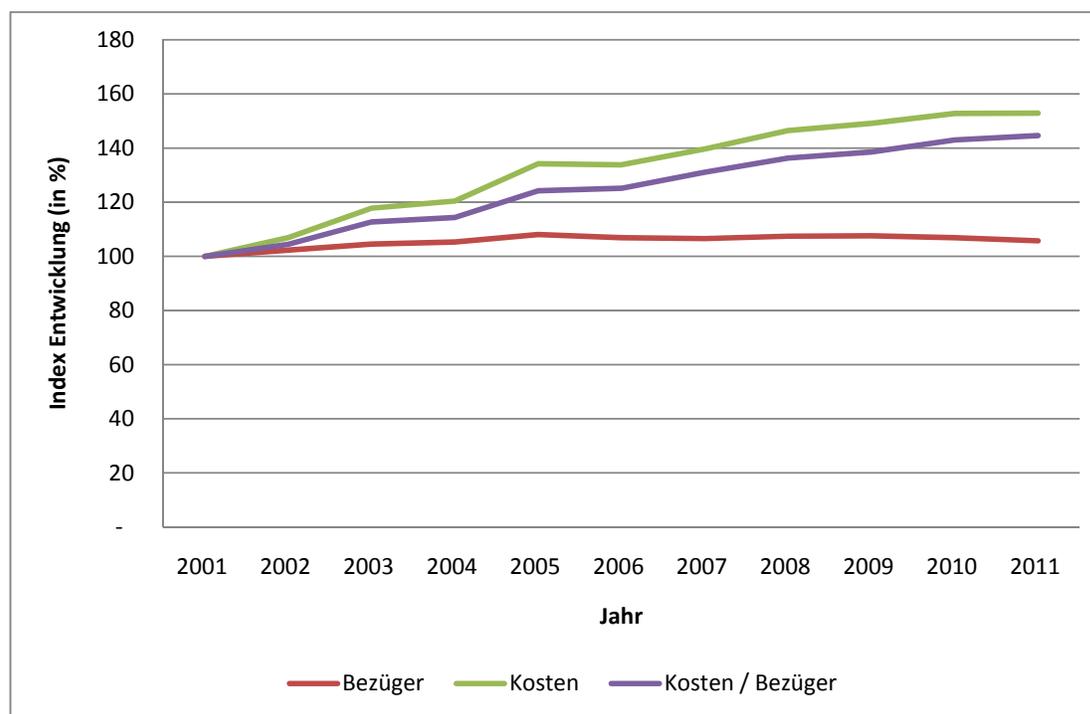
- Les mesures médicales qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement des travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable (art. 12, al. 1, LAI). L'al. 2 de ce même article autorise le Conseil fédéral à délimiter les mesures prévues à l'al. 1 par rapport à celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle. A cet effet, il peut notamment préciser la nature et l'étendue des mesures incombant à l'assurance et régler la naissance et la durée du droit aux prestations. En 2011, les dépenses s'élevaient à 21 millions de francs au total pour les 3514 bénéficiaires.
- Les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 13, al. 1, LAI ; art. 3, al. 2, LPGA). En 1965, le Conseil fédéral a dressé, dans l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC), une liste exhaustive des infirmités congénitales donnant droit aux prestations, qui figure en annexe à ladite ordonnance. Depuis, cette liste a été entièrement revue à trois reprises.

Sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1, al. 1, OIC). 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 (art. 1, al. 2, OIC). Si l'adaptation de la liste a pour effet de dépasser le montant prévu pour les dépenses supplémentaires annuelles, l'OFAS transmet une recommandation au Conseil fédéral, afin que celui-ci décide de l'opportunité d'insérer une nouvelle infirmité congénitale dans la liste. Pour décider de supprimer ou d'admettre d'autres infirmités congénitales sur la liste, l'OFAS s'entoure de délégués des sociétés médicales et des organisations d'aide aux handicapés concernées, ainsi que des organes d'exécution. En 2010, par ex., il s'est penché sur l'élaboration de recommandations relatives au SPO/TDAH (ch. 404 OIC). En 2011, 100 150 enfants ayant une infirmité congénitale bénéficiaient de mesures médicales pour un montant total de 671 millions de francs.

- Ne sont notamment pas considérés comme mesures médicales de l'AI les traitements de blessures, d'infections et d'autres maladies parasitaires. Les règles détaillées figurent dans la circulaire de l'OFAS sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM).

Le coût total des mesures médicales de l'AI a augmenté de 4,8 % par an en moyenne ces 11 dernières années, passant de 453 millions de francs en 2001 à 694 millions en 2011. Cette augmentation de 53 % s'explique avant tout par celle du coût par bénéficiaire, passé de 4664 francs en 2001 à 6876 francs en 2011, alors que le nombre de bénéficiaires n'a augmenté que de 6 %, de 97 099 en 2001 à 103 240 en 2011. La figure 1 présente l'évolution des coûts des mesures médicales entre 2001 et 2011.

**Figure 1 : Evolution des mesures médicales de l'AI, 2001-2011**



La figure 1 montre l'indice de l'évolution des coûts, du nombre de bénéficiaires de mesures médicales et des coûts par bénéficiaire ; l'indice était de 100 % en 2001. Le graphique ne tient pas compte du renchérissement.

Les 160 infirmités congénitales reconnues par l'AI sont très diverses, tant en ce qui concerne les coûts totaux entraînés que le coût par intervention et le nombre de bénéficiaires :

- En 2011, les trois infirmités congénitales les plus onéreuses pour l'AI ont été les nouveau-nés de faible poids de naissance (ch. 494 OIC), pour un coût total de 69 millions de francs, les paralysies cérébrales congénitales (ch. 390 OIC), pour 63 millions, et le SPO/TDAH infantile (ch. 404 OIC), pour 56 millions.
- On constate entre 2001 et 2011 une forte augmentation du coût par bénéficiaire pour certains groupes d'infirmités congénitales : elle est notamment de 68 % pour les assurés atteints d'une paralysie cérébrale congénitale associée à des crampes, à des problèmes dans l'exécution des

mouvements et/ou à des troubles de la coordination (ch. 390 OIC), et de 123 % pour les nouveau-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 2000 g, jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 g (ch. 494 OIC).

- On constate une forte augmentation du nombre de bénéficiaires entre 2001 et 2011 notamment pour les troubles du spectre autistique, le SPO/TDAH infantile et les troubles congénitaux du système hypothalamo-hypophysaire.

Une étude a porté sur la proportion d'assurés qui, en raison d'une infirmité congénitale et malgré l'exécution de mesures médicales avant leur majorité, n'ont pas pu être réadaptés, du fait de la gravité de leur infirmité, et ont perçu une rente par la suite. Sur les 17 000 assurés qui bénéficiaient de mesures médicales de l'AI en 1983, 10 %, soit 1700 personnes, ont perçu une rente dans les années suivantes :

- Les infirmités qui ont le plus fréquemment conduit à une rente sont la paralysie cérébrale (ch. 390 OIC), dans plus de 80 % des cas, suivie par l'épilepsie congénitale (ch. 387 OIC), dans près de 50 % des cas, et les troubles réactifs du milieu ou psychogènes, les névroses et les états limites (borderline) ou encore les troubles du développement psychique (ch. 646 OIC), dans 20 % des cas.
- Les infirmités congénitales nécessitant une intervention unique et peu onéreuse (« infirmités peu importantes ») n'ont pas donné droit à une rente. Il s'agit notamment des malformations congénitales de la hanche (coxa vara et coxa antetorta, ch. 170 et 171 OIC), des hernies inguinales latérales (ch. 303 OIC), de la cryptorchidie (ch. 355 OIC), ainsi que des malformations maxillaires et fissures labiales ou maxillaires et des divisions palatines (ch. 201-210 OIC).

=> *D'autres statistiques sur l'évolution des coûts des mesures médicales en général et de celles visées aux art. 12 et 13 LAI, ainsi que sur les différentes infirmités congénitales, figurent à l'annexe I, p. 27 ss.*

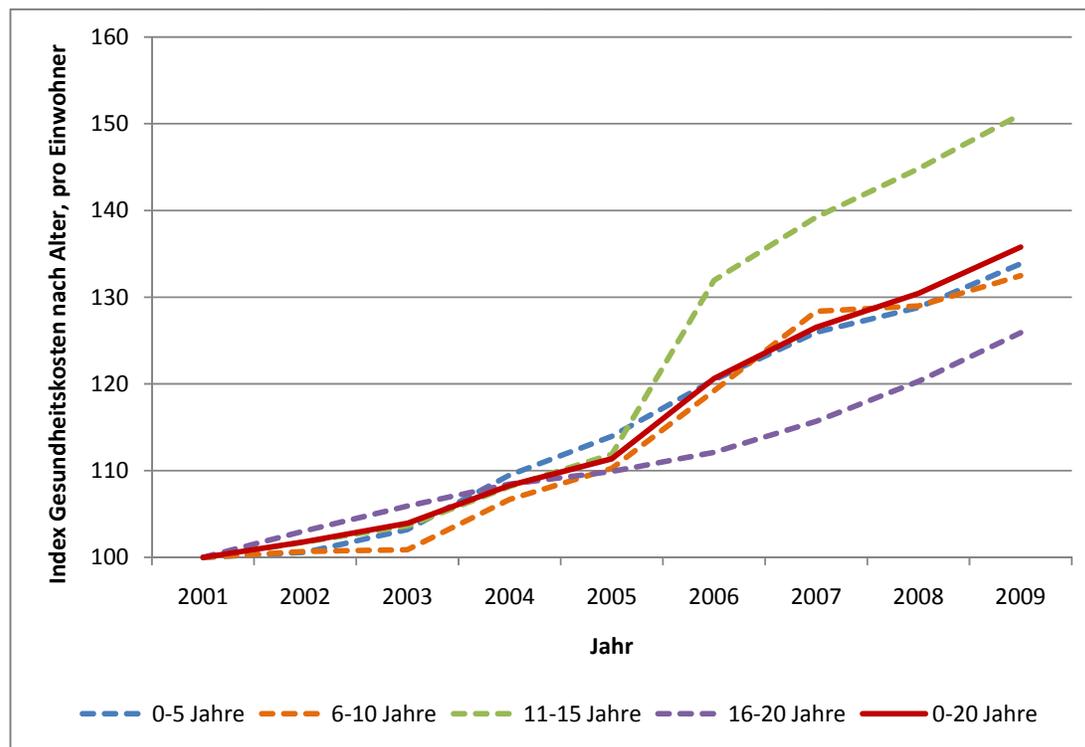
#### Evolution des coûts dans l'AMal

Comme exposé dans les paragraphes précédents, l'augmentation des coûts dans le domaine des mesures médicales de l'AI durant les onze dernières années (53 %) est due avant tout à l'augmentation des coûts par bénéficiaire (45 %). On peut se demander si celle-ci s'explique par une augmentation des prix ou des volumes ou si elle est due à d'autres types de traitements. Même si l'on ne peut pas répondre à cette question d'une manière définitive, les données de l'indice des prix à la consommation (IPC) montrent que les principales raisons en sont une augmentation des quantités, c'est-à-dire des traitements plus poussés et des nouveaux médicaments, plus efficaces et plus chers.

L'AMal est elle aussi confrontée à une croissance notable des coûts. Les chiffres de l'OFS présentés ci-dessous, qui concernent l'évolution des coûts dans le système de santé dans son ensemble, se fondent uniquement sur les données de l'OFS et ne sont donc pas influencés par l'évolution des coûts dans l'AI ou la SUVA.

Le coût de la santé par habitant de moins de 20 ans (cf. figure 2) a augmenté en moyenne de 4,2 % par an de 2001 à 2009, soit 44,7 % au total pour les neuf années. On ne dispose malheureusement pas de chiffres plus récents. Or le nombre d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans n'a pratiquement pas changé durant cette même période. Les données de l'OFS disponibles ne permettent pas de savoir si cette augmentation est liée au nombre de cas ou au coût par cas. Mais il est fort probable que la situation est comparable à celle des mesures médicales dans l'AI. La figure 1 à la p. 8 et la figure 2 à la p. 9 montrent que l'évolution des coûts des mesures médicales est parallèle dans l'AI et dans l'AMal.

Figure 2 : Coûts de la santé dans l'AMal en fonction de l'âge, par habitant, en francs, 2001-2009



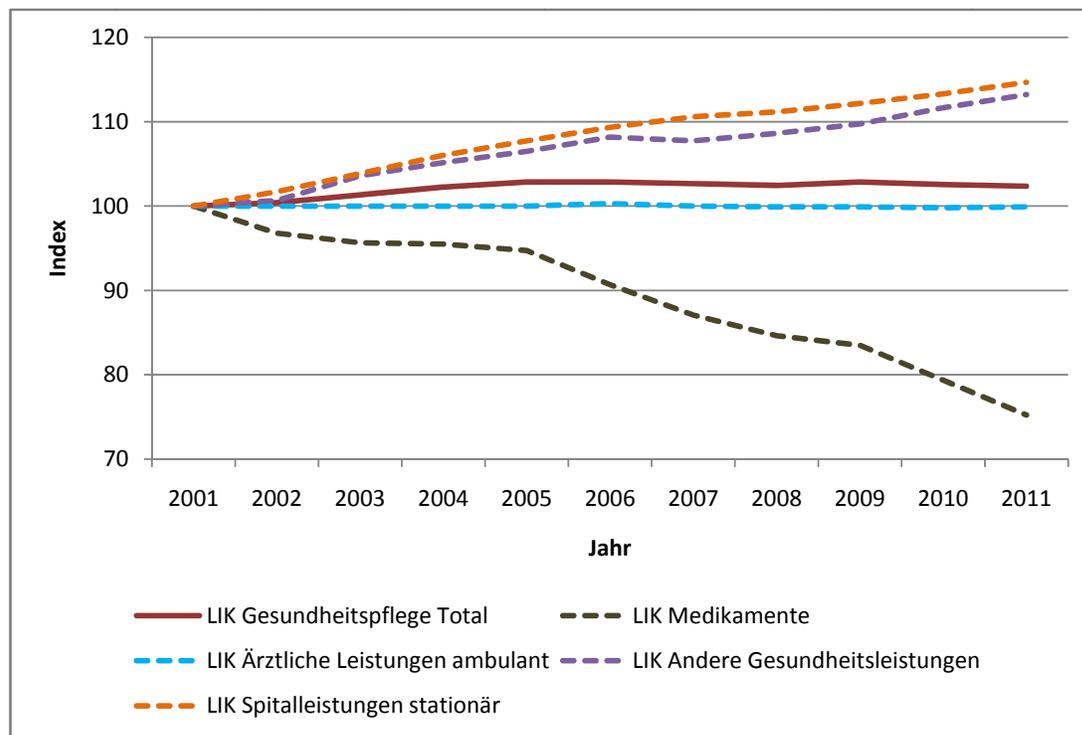
Données de l'OFS ([www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon)) et représentation de l'OFAS  
 Les données ne sont pas encore disponibles pour 2010 et 2011.

#### Renchérissement dans le système suisse de santé

Les séries temporelles relatives à l'évolution des coûts des mesures médicales dans l'AI publiées dans ce rapport n'ont pas été corrigées pour le renchérissement, ce qui s'explique essentiellement par le fait que les prix sur lesquelles elles se basent ne sont pas systématiquement relevés. Pour le calcul de l'indice des prix à la consommation (IPC), l'OFS relève les prix des soins de santé (cf. figure 3). Ceux-ci ne permettent pas de procéder directement à cette correction, mais ils permettent une certaine interprétation. Nous examinons donc ci-dessous dans quelle mesure l'évolution des coûts peut s'expliquer par le renchérissement au sein du système de santé.

Alors que, en moyenne, le renchérissement général (IPC) a été de 0,8 % par an ces onze dernières années, les prix ont augmenté de 0,26 % par an dans le domaine des soins de santé (IPC total soins de santé). Cette augmentation plus faible s'explique essentiellement par la baisse du prix des médicaments (2,6 % par an en moyenne) ; de plus, les prix des prestations médicales ambulatoires (médecins installés et services ambulatoires des hôpitaux) sont restés stables, ce qui est probablement dû à la tarification selon Tarmed. En revanche, les prix des autres prestations de santé (physiothérapie, laboratoire et services d'aide et de soins à domicile) et les prestations hospitalières stationnaires ont augmenté en moyenne de respectivement 1,2 % et 1,3 % par an.

Figure 3 : Renchérissement dans le domaine des soins de santé



Données de l'OFS ([www.lik.bfs.admin.ch](http://www.lik.bfs.admin.ch)) et représentation de l'OFAS

L'expression « soins de la santé » provient de la terminologie européenne. Pour l'IPC, les données ne sont pas relevées par branche économique (« système de santé » par ex.), mais en lien avec la consommation privée par fonction. Les soins de santé comptent pour 14,6 % dans le panier de l'IPC.

### 3 Différences entre l'assurance-invalidité et l'assurance-maladie

- Le spectre des prestations médicales et des prestataires médicaux est identique dans l'AI et dans l'AMal. Mais les deux assurances se différencient au niveau du système :
- Examen du droit aux prestations : avant d'octroyer des prestations, l'office AI cantonal examine les conditions du droit dans le cas en question (par ex. pour déterminer s'il y a une infirmité congénitale reconnue par l'AI) sur la base de dossiers contenant, entre autres, des documents médicaux. Dans les cas difficiles, elle demande en outre un examen clinique complémentaire au service médical régional de l'AI (SMR). Celui-ci a la possibilité d'examiner lui-même la personne assurée et dispose des installations nécessaires à cet effet. En général, l'assurance-maladie n'examine pas préalablement l'obligation de prestation (hormis lorsque l'accord préalable de prise en charge est requis), mais rembourse les prestations déjà fournies. Celles qui sont fournies par les médecins et les hôpitaux doivent être remboursées si elles ne sont pas exclues de la liste des prestations et ne font pas l'objet de restrictions (cf. ci-dessous, application des critères EAE, efficacité, adéquation et économicité). Cette liste indique de quelle catégorie relève la prestation et si elle est soumise à des limitations. Les assureurs-maladie contrôlent les factures et peuvent demander à cette fin des renseignements d'ordre médical (art. 42 LAMal). Comme déjà mentionné, pour les diagnostics et traitements particulièrement onéreux et délicats, il peut aussi être nécessaire, dans le système de l'AMal, d'avoir l'accord du médecin-conseil avant leur exécution ou de ne les faire exécuter que par des prestataires qualifiés.
- Application des critères EAE (efficacité, adéquation et économicité) aux nouvelles prestations médicales: l'OPAS et l'annexe I de celle-ci définissent les prestations des médecins et des hôpitaux qui ne sont pas remboursées par l'AMal ou ne le sont qu'à certaines conditions, et précisent dans quelle mesure les prestations nouvelles pour lesquelles l'examen de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité n'est pas encore terminé sont prises en charge par l'AMal. L'application des critères EAE n'est pas réglée dans l'AI. L'OFSP gère le secrétariat administratif et scientifique pour les

commissions extraparlimentaires suivantes : Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP), Commission fédérale des médicaments (CFM) et Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA). Tous les acteurs concernés sont représentés dans ces commissions. La CFPP et la CFAMA donnent au DFI des recommandations sur différentes questions relatives aux prestations de l'AMal, tandis que la CFM conseille l'OFSP pour les questions liées à la fixation des prix des médicaments. L'AI, n'étant plus représentée dans ces commissions, ne peut influencer directement ni sur l'autorisation des nouveaux médicaments ni sur la politique des prix. La LAI ne prévoit ni limitation des prestations, ni commissions pour l'évaluation et l'autorisation des prestations médicales. La plupart du temps, l'AI s'appuie sur la liste des prestations de l'AMal, en particulier pour les médicaments pris en charge.

- Tarifs médicaux : si les tarifs des prestations médicales ambulatoires sont décomptés dans l'AI comme dans l'AMal sur la base de la structure tarifaire Tarmed, la valeur du point de taxe est différente. L'AI fixe des tarifs communs avec l'AA et l'AM. Elle est pour cela représentée au sein de la Commission des tarifs médicaux des assureurs-accidents mais, comme l'assurance militaire, n'y a qu'un statut d'expert, sans pouvoir décisionnel. Elle n'est donc pas tenue de souscrire aux conventions tarifaires de cette commission.
- Financement des hôpitaux : jusqu'à fin 2011, pour les patients soignés dans leur canton de domicile, l'AI remboursait 80 % du coût des traitements résidentiels, conformément au modèle de taxe hospitalière, et le canton prenait à sa charge les 20 % restants. Depuis que la convention réglant cette répartition a été résiliée par les cantons, au 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'AI prenait à sa charge 90 % de ces coûts. Dans le cadre de la révision 6b de l'AI, la répartition 80/20 (80 % pour l'AI, 20 % pour le canton de domicile) a été inscrite dans la loi par le nouvel art. 14<sup>bis</sup> LAI. L'AMal, pour sa part, fixe des forfaits sur la base d'une structure uniforme à l'échelle nationale (art. 49 LAMal). Les cantons et les assurés se partagent la prise en charge des coûts, à raison de 45 % au maximum pour l'AMal et de 55 % pour le canton.
- Contrats de prestations avec les thérapeutes non médecins : en plus des prestations médicales, l'AI prend en charge les prestations de psychothérapeutes non médecins indépendants et conclut avec eux des contrats de prestations spéciaux. L'AMal ne rembourse leurs prestations que s'il s'agit d'une psychothérapie déléguée.
- Participation aux coûts : l'AI ne prévoit aucune participation aux coûts. Dans l'AMal, la participation aux coûts des prestations dont bénéficient les assurés de plus de 18 ans comprend un montant annuel fixe (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). Jusqu'à 18 ans, le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié.

D'autres différences entre AI et AMal s'observent au niveau de la pratique :

- L'office AI peut parfois sortir du cadre fixé par l'OPAS (étendue ou limitations) pour les mesures médicales relatives à certaines infirmités. Il peut ainsi, selon les directives de l'OFAS, rembourser la psychothérapie, l'ergothérapie et la physiothérapie pendant deux ans au maximum si elles sont prescrites par un médecin. La prolongation n'est possible que si le médecin traitant envoie à l'office AI une demande de renouvellement de la prise en charge, accompagnée d'un rapport sur l'évolution du traitement, précisant en particulier qu'il y a eu une amélioration démontrable du potentiel de réadaptation de la personne assurée. Le nombre de contrôles n'est pas précisé davantage dans l'AI. Dans l'AMal, la psychothérapie est limitée, selon l'OPAS, à 40 séances au maximum ; pour la poursuite de la thérapie, la caisse-maladie exige aussi, avant d'accepter la prise en charge des coûts, un rapport du médecin, qui est contrôlé par le service du médecin-conseil de la caisse.
- Contrairement à l'AMal, l'AI rembourse, en particulier pour les infirmités congénitales qui s'accompagnent d'un trouble métabolique, les produits alimentaires diététiques à caractère médical prescrits sur ordonnance, et octroie des forfaits annuels pour les régimes spéciaux. L'AMal ne rembourse les produits diététiques spéciaux qu'à certaines conditions : importance vitale, inscription sur la liste des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (notification FSMP), absence d'alternative thérapeutique et risque mortel en l'absence de traitement.
- L'AI paie aujourd'hui les frais de voyage pour toutes les mesures de réadaptation, y compris les mesures médicales. Dans le cadre de la révision 6b, les règles applicables aux mesures de réadaptation devraient être harmonisées avec celles de l'AMal, c'est-à-dire que, pour une infirmité comme la paralysie cérébrale, en ce qui concerne les déplacements chez le médecin, à l'hôpital ou pour suivre une thérapie, seuls les frais supplémentaires effectivement liés à l'invalidité seront remboursés (par ex. taxi pour handicapés à la place du train ou du bus).

Des différences apparaissent également au niveau du remboursement :

- Dans l'AI, les prestations ambulatoires et stationnaires sont remboursées directement à leur fournisseur ; dans l'AMal, les prestations ambulatoires sont en général remboursées à l'assuré et les prestations stationnaires au fournisseur.
  - L'AI et l'AMal remboursent les prestations médicales ambulatoires sur la base de la structure tarifaire Tarmed. Dans l'AI, la valeur du point de taxe est de 0 fr. 92 pour les médecins libéraux et de 1 franc pour les hôpitaux sur l'ensemble du territoire suisse, tandis que, dans l'AMal, elle est fixée au niveau cantonal et un peu plus basse en moyenne pondérée.
- => *Informations complémentaires sur les différences entre AI, AMal et AA : annexe II, p. 38 ss.*
- => *Informations complémentaires sur les bases légales : annexe III, p. 43 ss.*
- => *Informations complémentaires sur les règles de coordination : annexe IV, p. 56 ss.*

## 4 Adaptations possibles de la prise en charge des mesures médicales par l'AI

### 4.1 Contexte

Au moment de la création de l'AI, le traitement des infirmités congénitales n'était encore pas réglé dans le droit des assurances : ces infirmités n'étaient systématiquement classées ni parmi les maladies ni parmi les accidents, et les caisses-maladie pouvaient exclure des prestations, voire refuser d'éventuels futurs affiliés pour des raisons de santé. Ce n'est qu'avec l'introduction de l'art. 13 LAI que cette lacune du droit des assurances sociales a été comblée et le traitement des infirmités congénitales classé de manière générale parmi les mesures de réadaptation de l'AI. Parallèlement à l'entrée en vigueur de la LAI, la révision de la loi sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA), en mars 1964, a mis sur le même plan les infirmités congénitales et les maladies. Or depuis la création de l'AI, l'assurance-maladie, l'assurance-invalidité et la médecine ont beaucoup évolué. Il faut donc se demander si, dans ce nouveau contexte, l'AI doit rembourser les prestations médicales et, le cas échéant, lesquelles. Les principaux constats qui ont déterminé les adaptations envisagées pour la prise en charge de mesures médicales par l'AI sont les suivants :

1. Depuis l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire, le 1<sup>er</sup> janvier 1996, toutes les personnes résidant en Suisse sont couvertes pour les mesures médicales, quelle que soit l'atteinte à la santé qui en est à l'origine ;
2. Depuis l'entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'AI axe sa stratégie sur la réadaptation professionnelle des assurés ;
3. Pour les infirmités congénitales, l'AI joue le rôle d'assureur-maladie sans pouvoir appliquer les dispositions de l'AMal ;
4. L'AI ne dispose pas des ressources financières nécessaires pour financer l'évolution de la médecine ;
5. Le Contrôle fédéral des finances recommande de revoir en profondeur la liste des infirmités congénitales et les directives relatives aux mesures médicales, ainsi que de renforcer le pilotage.

Ces constats sont décrits plus en détail ci-dessous.

#### **1. Depuis l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire, le 1<sup>er</sup> janvier 1996, toutes les personnes résidant en Suisse sont couvertes pour les mesures médicales, quelle que soit l'atteinte à la santé qui en est à l'origine**

La création de la LAMal en 1996 a amené une clarification dans le domaine des infirmités congénitales. L'art. 27 LAMal prévoit ainsi expressément que l'AMal doit prendre en charge, pour les infirmités congénitales qui ne sont pas couvertes par l'AI, le coût des mêmes prestations qu'en cas de maladie. Mais le législateur n'a pas su saisir l'occasion pour transférer le traitement des infirmités congénitales à l'AMal, alors qu'avec l'obligation d'assurance dans l'AMal, il n'y avait plus de raison de conserver une exception pour la protection des assurés dans l'AI.

En conséquence, les mesures médicales liées à des infirmités congénitales sont aujourd'hui couvertes par deux assurances. La majorité des prestations sont identiques. Mais pour certaines infirmités comme

l'autisme ou les psychoses, les prestations de l'AI sont plus larges, étant donné la différence d'orientation de l'AI (réadaptation professionnelle) et de l'AMal (traitement médical des maladies). Il s'ensuit une inégalité de traitement entre enfants, puisque ceux qui ne sont pas assurés à l'AI bénéficient de moins de prestations de l'AMal que ceux assurés à l'AI avec le même diagnostic. De plus, une participation aux coûts est demandée pour les enfants assurés à l'AMal, mais pas pour ceux dont les traitements sont à la charge de l'AI. Cette règle concerne les enfants qui vivent en Suisse, mais qui ne remplissent pas les conditions leur permettant d'être assurés à l'AI soit parce qu'ils ne sont pas nés invalides en Suisse, soit parce que leurs parents sont étrangers et n'ont pas encore cotisé pendant une année entière ou ne séjournent pas en Suisse sans interruption depuis dix ans.

Il convient donc de se demander si le même risque (infirmité congénitale) doit continuer d'être couvert par deux assurances sociales offrant des prestations en partie différentes et réglant différemment la participation aux coûts.

## **2. Depuis l'entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'AI axe sa stratégie sur la réadaptation professionnelle des assurés**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (5<sup>e</sup> révision), l'AI met systématiquement l'accent sur la réadaptation professionnelle des assurés. Pour les adultes et les mineurs souffrant d'une infirmité congénitale non reconnue par l'AI, il s'est avéré judicieux que l'AMal prenne à sa charge uniquement les mesures médicales traitant l'affection à des fins thérapeutiques et l'AI seulement celles poursuivant l'objectif de la réadaptation professionnelle. Cette répartition des tâches ne s'applique toutefois pas aux enfants ayant une infirmité congénitale reconnue par l'AI : dans ce cas, seule cette assurance décide des deux types de mesures.

On peut se demander si elle ne devrait pas, pour ces mineurs également, se concentrer sur son objectif premier, à savoir la réadaptation professionnelle.

## **3. Pour les infirmités congénitales, l'AI joue le rôle d'assureur-maladie sans pouvoir appliquer les dispositions de l'AMal**

L'évolution de la médecine (moyens diagnostiques, méthodes thérapeutiques, nouveaux médicaments) et du financement du système de santé (conventions tarifaires, prix des médicaments, financement des hôpitaux) s'accélère et se complexifie. Les règles de l'AMal et de l'AI doivent être adaptées en permanence pour suivre ces tendances. Les bases légales et l'organisation étant différentes, les nouvelles règles de l'AMal ne s'appliquent pas automatiquement à l'AI, alors que celle-ci fait fonction d'assureur-maladie pour les infirmités congénitales. A l'heure actuelle, l'AI ne dispose pas du personnel, des commissions et des dispositions légales qui lui permettraient d'influer sur la fixation des prix des médicaments et sur l'application des critères EAE aux nouvelles prestations médicales (psychothérapie par ex.). Elle se contente donc souvent de reprendre les règles de l'AA ou de l'AMal. De ce fait, elle est dépendante des instances de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents, qui ne tiennent pas suffisamment compte des exigences particulières des enfants assurés auprès d'elle. Par exemple, elle ne peut pas influencer directement sur les prix des médicaments, car la liste des spécialités est du ressort de l'AMal (OFSP). Pour certaines prestations, elle est obligée d'adapter informellement d'autres règles tarifaires (organisations d'aide et de soins à domicile), car elle ne dispose pas de conventions tarifaires propres et conclure séparément de telles conventions serait trop lourd. Même si la collaboration avec les assureurs LAA en matière de tarifs est satisfaisante et que l'AI a de bons moyens d'intervenir dans ce domaine, il lui est difficile d'imposer ses propres solutions, car cela nécessiterait d'importantes ressources supplémentaires dont elle ne dispose pas pour l'instant. Ce problème est particulièrement évident pour les médicaments (souvent très chers) nécessaires au traitement des maladies rares : d'un côté l'AI prend, de fait, automatiquement en charge les médicaments orphelins autorisés par l'AMal mais, de l'autre, elle ne dispose pas de commissions ou de services qui soient actuellement capables de juger de manière satisfaisante l'autorisation de ces médicaments, utilisés uniquement chez les enfants. Les solutions adoptées peuvent ainsi être différentes de celles de l'AMal, avec le risque que les fournisseurs de prestations jouent une assurance sociale contre l'autre et, dans certaines circonstances, que les mêmes mesures médicales soient remboursées différemment par l'AI et par l'AMal.

La liste des infirmités congénitales reconnues par l'AI devrait être adaptée à l'état actuel des connaissances médicales. A cet effet, il faudrait commencer par redéfinir la notion d'infirmité congénitale, car certaines infirmités n'apparaissent qu'au fil des ans (autisme ou TDAH, par ex.) et pas tout de suite à

la naissance, comme le prévoyait au départ la définition légale ; en outre, la précision toujours plus grande des techniques diagnostiques (tests génétiques notamment) permet de dépister de plus en plus d'infirmités génétiques pouvant se manifester dès la naissance (trisomie 21 ou certaines maladies orphelines).

L'administration ne peut toutefois pas se charger seule de cette adaptation (connaissances techniques et acceptation politique insuffisantes). Il faudrait pour cela mettre sur pied de nouvelles commissions et de nouvelles structures à même de juger chaque infirmité congénitale, ce pour quoi l'OFAS ne dispose pas des ressources nécessaires à l'heure actuelle.

Il convient donc de se demander comment, à l'avenir, l'AI devra définir les infirmités congénitales et déterminer les médicaments et les prestations à prendre en charge ainsi que leur prix, et s'il faut qu'elle mette sur pied une structure distincte ou utilise celles qui existent dans l'AMal.

#### **4. L'AI ne dispose pas des ressources financières nécessaires pour financer l'évolution de la médecine**

Les maladies rares, qui font souvent l'objet de débats dans le public, constituent un cas particulier. Ces « maladies orphelines » sont encore exceptionnelles, si bien qu'un médecin généraliste n'en rencontre au maximum qu'une fois par an en moyenne. Ce sont souvent des maladies qui mettent la vie en danger ou entraînent des limitations chroniques, et qui nécessitent un traitement particulier. Nombre d'entre elles sont dues à une anomalie génétique et pourraient donc être considérées comme des infirmités congénitales. La pression ne cesse de croître sur l'AI pour qu'elle élargisse en conséquence la liste des infirmités congénitales reconnues et prenne en charge les traitements. Avec les progrès de la médecine en matière de traitement et en particulier de diagnostic génétique, ces infirmités sont de plus en plus fréquentes. On ne peut pas savoir aujourd'hui quelle sera l'évolution des coûts, mais ces maladies risquent de remettre en question l'équilibre des comptes de l'AI voulu par la révision 6b si elles sont admises sur la liste des infirmités congénitales reconnues par l'AI.

Il convient donc de se demander s'il faut considérer les anomalies génétiques comme des infirmités congénitales et de quelle manière le traitement des maladies rares doit être financé.

#### **5. Le Contrôle fédéral des finances recommande de revoir en profondeur la liste des infirmités congénitales et les directives relatives aux mesures médicales, ainsi que de renforcer le pilotage**

Dans son rapport final relatif à l'évaluation de la mise en œuvre et de l'évolution des coûts des mesures médicales, le CDF formule les recommandations suivantes :

1. Le Contrôle fédéral des finances recommande à l'Office fédéral des assurances sociales de faire une proposition au Département fédéral de l'intérieur quant au rôle futur de l'AI par rapport à la prise en charge des mesures médicales. Dans l'hypothèse où les mesures médicales ne sont pas intégralement transférées à l'assurance-maladie, le Contrôle fédéral des finances recommande à l'OFAS d'examiner les possibilités de concentrer l'action de l'AI sur l'intégration professionnelle et sociale des enfants victimes de handicaps et de malformations congénitales graves. Le Contrôle fédéral des finances recommande à l'Office fédéral des assurances sociales de réviser la liste des infirmités congénitales, puis la circulaire sur les mesures médicales, en se référant par ex. aux classifications internationales des maladies et des infirmités.
2. Le Contrôle fédéral des finances recommande à l'Office fédéral des assurances sociales de réviser la liste des infirmités congénitales, puis la circulaire sur les mesures médicales, en se référant par exemple aux classifications internationales des maladies et des infirmités.
3. Le Contrôle fédéral des finances recommande à l'Office fédéral des assurances sociales de fixer des objectifs et de définir des indicateurs de qualité spécifiques aux mesures médicales, voire aux mesures individuelles, lors de l'établissement des conventions avec les offices AI.
4. Le Contrôle fédéral des finances recommande à l'Office fédéral des assurances sociales d'identifier les risques en fonction des maladies, des cantons et des prestataires. L'OFAS doit davantage exploiter les statistiques. Il doit disposer de chiffres-clés lui permettant de renforcer son pilotage et de rendre ses tâches de surveillance plus efficaces.
5. Le Contrôle fédéral des finances recommande à l'Office fédéral des assurances sociales de créer les conditions nécessaires afin d'instaurer des pôles de compétences spécialisés par domaine médical

spécifique. L'OFAS fournit les incitations aux offices AI pour concrétiser cet objectif et peut aussi, le cas échéant, recourir à des services externes si des compétences spécialisées sont requises.

6. Le Contrôle fédéral des finances recommande à l'Office fédéral des assurances sociales de créer les conditions-cadres afin que les cas complexes et les cas coûteux (*Hochkostenfälle*) soient examinés de manière plus rigoureuse tant au niveau des bénéficiaires de prestations que des fournisseurs de prestations. L'OFAS doit veiller à ce que ces cas soient identifiés et suivis de manière cohérente et systématique.

## 4.2 Les différentes variantes

Les constats présentés ci-dessus ont été repris, avec une pondération différente, pour l'élaboration de quatre variantes, dont les conséquences pour l'AMal, les cantons et les assurés sont analysées.

### **Variante 1 : Suppression de toutes les mesures médicales de l'AI**

Etant donné que les infirmités congénitales sont aussi prises en charge par l'AMal et que l'AI n'est pas une caisse-maladie mais une assurance de réadaptation, et vu l'absence de structures nécessaires et la situation financière de l'assurance, une variante logique consiste à supprimer toutes les mesures médicales dans l'AI.

### **Variante 2 : Limitation aux mesures médicales visant la réadaptation**

Comme la variante 1, cette variante supprime la fonction de caisse-maladie de l'AI, mais conserve les mesures médicales destinées à soutenir la réadaptation des jeunes assurés et leur insertion professionnelle (c'est-à-dire l'art. 12 LAI).

### **Variante 3 : Suppression ciblée de certaines mesures médicales de l'AI**

La variante 3 propose de supprimer certaines prestations de l'AI, tout en lui laissant la compétence des mesures médicales destinées aux mineurs. Cette modification ne porte que sur les mesures médicales dont la suppression ne risque pas d'entraîner des lacunes pour les assurés ou d'avoir des conséquences négatives sur la réadaptation professionnelle. Elle concerne :

1. Les infirmités congénitales peu importantes nécessitant un traitement chirurgical unique peu onéreux (adaptation au niveau de l'ordonnance, notamment de la liste des infirmités congénitales) ;
2. Les mesures médicales chez les nouveau-nés avec un poids de naissance inférieur à 2000 g jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 g (adaptation au niveau de l'ordonnance, ch. 494 OIC) ;
3. Les traitements dentaires, et les traitements de chirurgie et d'orthopédie maxillaires en cas d'infirmité congénitale de la mâchoire ou de l'appareil masticatoire et de fissure labiale ou maxillaire, ou de division palatine (adaptation au niveau de l'ordonnance, ch. 201 à 210) ;
4. L'aide et les soins pédiatriques à domicile (adaptation de l'art. 14, al. 1, LAI) ;
5. L'abaissement de la limite d'âge de 20 à 18 ans (âge actuel de la majorité) pour les bénéficiaires de traitements médicaux à des fins purement thérapeutiques (adaptation des art. 12 et 13 LAI).

### **Variante 4 : Optimisation des mesures médicales de l'AI**

La variante 4 propose des pistes pour optimiser le système existant et l'adapter aux connaissances médicales actuelles. Elle intègre en outre les recommandations du Contrôle fédéral des finances (CDF).

Avant de pouvoir procéder une telle optimisation, la première chose à faire est de définir le cadre financier. Etant donné l'assainissement en cours de l'AI, il est nécessaire d'éviter de créer ainsi des surcoûts pour l'assurance.

Ces questions étant très complexes, il faut commencer, en collaboration avec des experts, par les travaux de base pour chacune des mesures. Celles-ci ne pourront être définies – compte tenu des conséquences financières – qu'une fois ces travaux achevés.

La variante 4 comprend les éléments suivants :

1. Révision de la liste des infirmités congénitales de l'AI : d'une part adaptation aux connaissances médicales actuelles et, d'autre part, fixation des critères pour la reconnaissance des infirmités congénitales (adaptation du RAI, de l'OIC et des directives).
2. Amélioration des prestations médicales pour les assurés présentant des troubles précoces du développement et du comportement psychique et somatique dans le but de renforcer la réadaptation professionnelle, éventuellement au-delà de l'âge de 20 ans, tant que la formation professionnelle

initiale n'est pas achevée. En même temps, redéfinition de la délimitation avec les mesures socio-pédagogiques, qui sont du ressort des cantons depuis 2008 à la suite de l'entrée en vigueur de la nouvelle péréquation financière.

3. Implication de l'AI dans la définition d'une stratégie nationale visant à améliorer la situation des personnes atteintes d'une maladie orpheline, en particulier pour le diagnostic, le traitement, le remboursement des médicaments contre ces maladies (médicaments orphelins) et la recherche (postulat 10.4055 Humbel).
4. Suppression ciblée de certaines mesures médicales de l'AI (s'inspirant de la variante 3) afin de compenser un éventuel surcoût pour l'assurance.
5. Pour l'évaluation des nouvelles prestations et des nouveaux médicaments, harmonisation entre les critères de l'AI et les critères de l'AMal (efficacité, adéquation et économicité) par deux mesures : d'une part, choix explicite des règles de l'AMal qui s'appliquent directement aussi à l'AI ; d'autre part, prise en charge pour l'AI, par les commissions de l'OFSP, de l'évaluation des prestations en ce qui concerne les critères EAE, ainsi que de la fixation du prix des médicaments. L'OFSP devrait à cet effet développer les structures existantes et intensifier sa collaboration avec l'AI. Cette manière de procéder garantirait une grande qualité technique et une homogénéité entre AMal et AI, et réduirait le besoin de personnel supplémentaire par rapport à la mise en place de nouveaux processus, critères et organes à l'OFAS. Elle correspondrait à celle qui existe déjà pour les questions liées aux tarifs médicaux, pour lesquels, sur la base d'une convention, la Centrale des tarifs médicaux LAA assure la coordination entre les assureurs-accidents (AA), l'assurance militaire (AM) et l'AI.
6. Création d'une nouvelle commission d'experts pour la reconnaissance des infirmités congénitales (adaptation de l'art. 1, al. 2, OIC).
7. Renforcement du pilotage des mesures médicales par l'OFAS, qui serait chargé de contrôler l'adéquation, l'uniformité de la mise en œuvre et les coûts (adaptation des directives, conventions entre OFAS et offices AI).

#### **Modèle de coûts utilisé**

Les conséquences déterminantes pour l'AI, l'AMal, les cantons et les assurés se situent dans la répartition du financement hospitalier et la participation aux coûts. Le modèle retenu pour le calcul de la répartition des coûts entre AI, assurance-maladie obligatoire, cantons et assurés est le suivant :

- Les calculs se basent sur les derniers chiffres disponibles (2011) ;
- Dans l'AI, les cantons prennent à leur charge 20 % du coût des prestations stationnaires et l'assurance 80 %. Après suppression des mesures médicales dans l'AI, l'AMal prend à sa charge 45 % des prestations stationnaires et les cantons 55 % ;
- Après suppression des mesures médicales dans l'AI, l'AMal prend à sa charge 95 % des prestations ambulatoires et les assurés les 5 % restants, au titre de la participation aux coûts (soit 10 % des prestations, mais avec un plafond).

Partant des constats décrits au chapitre 4.1 et des recommandations du CDF dans son rapport sur les mesures médicales, quatre variantes ont été élaborées et leurs conséquences esquissées.

### **4.3 Variante 1 : Suppression de toutes les mesures médicales de l'AI**

Etant donné qu'aujourd'hui toutes les prestations médicales de l'AI sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AMal), que l'AI axe sa stratégie sur la réadaptation professionnelle de ses assurés et qu'elle manque des structures et des ressources nécessaires pour examiner l'admission de nouveaux médicaments et de nouvelles infirmités congénitales, l'une des variantes examinées consiste à supprimer toutes les mesures médicales de l'AI.

L'autorisation des médicaments et le paiement des prestations (tarifs) seraient, pour les infirmités congénitales, pris en charge par une assurance unique, l'assurance-maladie ; de ce fait, il n'y aurait plus de difficultés liées à la délimitation entre les assurances et à la coordination entre elles. Il y aurait donc moins de travail dans les offices AI et à l'OFAS, mais davantage chez les assureurs-maladie et à l'OFSP.

Cette variante maintiendrait la garantie de traitement médical des assurés, l'AMal étant tenue de rembourser les prestations. Toutefois, il faudrait adapter certains points, car il pourrait en découler des

lacunes de prestations pour des cas particuliers, du fait que l'AMal ne paierait pas les mêmes mesures médicales pour certaines infirmités congénitales en raison des différences de système. C'est le cas par ex. des produits alimentaires diététiques dans les maladies métaboliques et des traitements de psychothérapie, d'ergothérapie et de physiothérapie relativement longs dans les psychoses du jeune enfant ou le syndrome d'Asperger. Il n'est pas possible d'estimer le nombre de personnes et les montants pour toutes les prestations, car celles-ci ne possèdent pas de code dans la banque de données tarifaires de la centrale de compensation de l'AVS et de l'AI. Ce constat vaut également, par ex., pour les produits diététiques.

La variante 1 met sur un même plan tous les enfants présentant une infirmité congénitale qui vivent en Suisse, qu'ils remplissent ou non les conditions du droit à l'AI (nés invalides en Suisse ou dont les parents versent des cotisations depuis plus d'un an ou séjournent en Suisse sans interruption depuis dix ans).

De plus, les assurés devraient désormais aussi participer aux coûts.

La suppression de toutes les mesures médicales dans l'AI aurait les conséquences financières suivantes :

- *Pour l'assurance-invalidité :*  
Des économies de 683 millions de francs par an, 10 millions de francs restant à sa charge pour les mesures non médicales, comme certains moyens auxiliaires figurant sous le même code que les mesures médicales.
- *Pour l'assurance-maladie :*  
Une charge supplémentaire de 547 millions de francs par an.
- *Pour les cantons :*  
Une augmentation de 115 millions de francs par an, en raison de la plus forte participation aux traitements résidentiels prévue par la LAMal.
- *Pour les assurés :*  
Une augmentation de 21 millions de francs par an, au titre de la participation aux coûts.

*Adaptations nécessaires dans l'AI :*

Suppression des art. 12, 13 et 14 LAI, des art. 2, 3, 3<sup>bis</sup>, 3<sup>ter</sup>, 4<sup>bis</sup> et 4<sup>ter</sup> RAI et de l'OIC.

**Tableau 1 : Participation aux coûts de l'AI, de l'AMal, des cantons et des assurés avant et après la suppression de toutes les mesures médicales de l'AI (art. 12, 13 et 14 LAI), 2011**

	<b>Actuellement (2011)</b>		<b>Nouveau</b>			
	<i>AI</i>	<i>Cantons</i>	<i>AI</i>	<i>Assurés (quote-part)</i>	<i>AMal</i>	<i>Cantons</i>
<b>Coût total</b>	<b>693</b>	<b>65</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>547</b>	<b>180</b>
<i>Coût des mesures non médicales (par ex. certains moyens auxiliaires)</i>	10	0	10	0	0	0
<i>Coût des mesures médicales*</i>	683	65	10	21	547	180
<i>Dont tarifs médicaux pour les traitements résidentiels</i>	262	65	0	0	147	180
<i>Dont tarifs médicaux pour les prestations ambulatoires</i>	93	0	0	5	89	0
<i>Dont autres tarifs (par ex. psychothérapies non médicales, médicaments)</i>	328	0	0	16	311	0

Source : Statistique de l'AI et calculs ad hoc (chiffres arrondis)

\* Les coûts des mesures médicales de l'AI sont subdivisés en coûts régis par les tarifs médicaux pour traitement résidentiel ou prestations ambulatoires et en coûts régis par d'autres tarifs concernant les médicaments, les produits diététiques, les appareils de traitement, la psychothérapie non médicale, l'ergothérapie, la physiothérapie ou les examens et traitements d'orthopédie ortho-faciale.

## 4.4 Variante 2 : Limitation aux mesures médicales visant la réadaptation

La variante 2 repose sur la même idée que la variante 1, mais s'en différencie par le fait qu'elle maintient dans l'AI les mesures médicales qui soutiennent son objectif, la réadaptation (art. 12 LAI). Autrement dit, l'AI ne rembourse plus les mesures médicales destinées au traitement de la maladie comme telle – elle ne prend plus en charge le traitement des infirmités congénitales –, mais elle réserve ses moyens financiers et ses ressources en personnel, ainsi que les prestations médicales, à l'insertion professionnelle des assurés.

Les assurés présentant une infirmité congénitale bénéficient auprès de l'AMal des mêmes mesures de traitement qu'auprès de l'AI, mais il reste des lacunes pour certaines infirmités, décrites sous la variante 1 (par ex. produits alimentaires diététiques dans les maladies métaboliques et traitements de psychothérapie, d'ergothérapie et de physiothérapie relativement longs dans les psychoses du jeune enfant ou le syndrome d'Asperger).

Cette variante met sur un même plan tous les enfants présentant une infirmité congénitale qui vivent en Suisse, qu'ils remplissent ou non les conditions du droit à l'AI (nés invalides en Suisse ou dont les parents versent des cotisations depuis plus d'un an ou séjournent en Suisse sans interruption depuis dix ans).

La fixation du prix des médicaments et le remboursement des prestations (tarifs) seraient pris en charge par une seule assurance et il n'y aurait plus de différences. Il y aurait donc moins de travail dans les offices AI et à l'OFAS, mais davantage chez les assureurs-maladie et à l'OFSP.

En pratique il est toutefois assez difficile, pour certaines mesures médicales, de préciser leur objectif, c'est-à-dire s'il s'agit du traitement de la maladie ou de l'insertion professionnelle, par ex. pour les mesures médicales dans l'autisme : les psychothérapies intégratives, les plus efficaces actuellement pour ces infirmités, servent en même temps au traitement de la maladie, à la réadaptation médicale, au conseil des parents et des enseignants et à l'accompagnement socio-pédagogique. Quelle que soit la variante retenue, il faudrait donc préciser ici les compétences de chaque agent payeur.

Chez les enfants présentant une infirmité congénitale, une partie des prestations fournies à titre de traitement de l'infirmité est constituée de mesures de réadaptation. Si toutes les mesures médicales en cas d'infirmité congénitale (art. 13 LAI) étaient supprimées de l'AI, le coût des mesures de réadaptation augmenterait, mais il n'est pas possible d'estimer l'ampleur de ce transfert. Si l'on ne tient pas compte de cet effet, la variante 2 aurait les conséquences suivantes :

- *Pour l'assurance-invalidité :*  
Une réduction de 664 millions de francs par an, 7 millions restant à sa charge pour les mesures non médicales, comme certains moyens auxiliaires.
- *Pour l'assurance-maladie :*  
Une charge supplémentaire de 532 millions de francs par an.
- *Pour les cantons :*  
Une charge supplémentaire de 112 millions de francs par an.
- *Pour les assurés :*  
Une augmentation de 20 millions de francs, au titre de la participation aux coûts.

*Adaptations nécessaires :*

Suppression de l'art. 13 LAI, des art. 3 et 4<sup>ter</sup> RAI et de l'OIC.

**Tableau 2 : Participation de l'AI, de l'AMal, des assurés et des cantons avant et après la suppression des mesures médicales en cas d'infirmité congénitale (art. 13 LAI), 2011**

	Actuellement (2011)		Nouveau			
	AI	Canton	AI	Assurés (quote-part)	AMal	Canton
<b>Coût total</b>	<b>671</b>	<b>64</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>532</b>	<b>176</b>
<i>Coût des mesures non médicales (par ex. certains moyens auxiliaires)</i>	7	0	7	0	0	0
<i>Coût des mesures médicales</i>	664	64	0	20	532	176
<i>Dont tarifs médicaux pour les traitements résidentiels</i>	255	64	0	0	144	176
<i>Dont tarifs médicaux pour les prestations ambulatoires</i>	89	0	0	4	84	0
<i>Dont autres tarifs (par ex. psychothérapies non médicales, médicaments)</i>	320	0	0	16	304	0

Source : statistique de l'AI (chiffres arrondis) et calculs ad hoc

#### 4.5 Variante 3 : Suppression ciblée de certaines mesures médicales de l'AI

La variante 3 va nettement moins loin que les deux précédentes. Elle propose de supprimer certaines prestations de l'AI, tout en lui laissant la compétence des mesures médicales destinées aux mineurs. La suppression des mesures médicales ne serait possible que si elle ne risque pas d'entraîner des lacunes pour les assurés ou d'avoir des conséquences négatives sur la réadaptation professionnelle.

Ces mesures sont les suivantes :

##### 1. Interventions chirurgicales simples et peu onéreuses dans les infirmités congénitales peu importantes

En vertu de l'art. 13 LAI, le Conseil fédéral établit une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il peut exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes. Dans le message du Conseil fédéral relatif à la 1<sup>re</sup> révision de l'AI, du 27 février 1967, le commentaire de l'art. 8, al. 2, LAI est le suivant : « La nouvelle teneur, en excluant les affections peu importantes, correspond à la réglementation en vigueur ; elle tient compte de l'opinion selon laquelle l'AI ne devrait pas être mise à contribution lorsque l'affection peut être soignée à peu de frais ou lorsqu'il s'agit de défauts peu importants, d'ordre esthétique notamment. » La notion de « peu important » ne remet pas en question le besoin de soins médicaux de ces maladies, mais la compétence de l'AI. Elle n'a cependant pas été définie plus précisément en lien avec les infirmités congénitales. En font partie, entre autres, celles qui sont peu complexes et qui peuvent être guéries définitivement par un traitement relativement simple (opération) et peu coûteux. Actuellement, la liste des infirmités en contient certaines qui répondent à la définition de « peu important » et pourraient donc être supprimées.

La suppression de ces prestations permet à l'AI d'économiser 13 millions de francs par an et nécessite une adaptation de l'OIC (la liste des infirmités congénitales en annexe). Les mesures sont prises en charge par l'AMal et le canton.

=> Pour la liste de ces infirmités congénitales, voir l'annexe V, tableaux 11 et 12 aux p. 61ss.

##### 2. Mesures médicales chez les nouveau-nés, en particulier les prématurés, ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 g jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 g (ch. 494 OIC)

Les mesures médicales en cas de faible poids de naissance sans infirmité congénitale concomitante sont des mesures de traitement de l'affection comme telle et leur suppression n'aurait aucune influence sur une éventuelle future réadaptation professionnelle des enfants. L'AMal et le canton prendraient en charge

les mesures qui seraient effectuées en stationnement uniquement pour le problème du faible poids de naissance. La suppression de ces mesures permet à l'AI d'économiser 23 millions de francs par an et exige une adaptation de la liste des infirmités congénitales reconnues par l'AI (cf. annexe de l'OIC). Mais l'AI continuerait à rembourser les mesures médicales, à hauteur de 45 millions de francs, fournies en raison d'une infirmité congénitale associée au faible poids de naissance, telle que le syndrome des membranes hyalines, les malformations cardiaques congénitales et la paralysie cérébrale, qui sont des infirmités reconnues par l'AI.

=> Pour des statistiques détaillées, voir l'annexe V, tableau 13 à la p. 63.

### **3. Traitements dentaires, de chirurgie et d'orthopédie dento-faciales en cas de malformation congénitale de la mâchoire, de l'appareil masticatoire et de fissure labiale, maxillaire ou palatine (ch. 201 à 210 OIC)**

Dans les cas d'infirmité congénitale, ces traitements ne visent pas principalement la réadaptation des assurés. En font partie notamment les malformations congénitales de l'appareil masticatoire figurant aux ch. 201 à 210 OIC, telles que les fissures labiales, maxillaires et palatines (ch. 201), la micromandibulie congénitale (ch. 208), les autres béances maxillaires congénitales (ch. 209) et la prognathie inférieure congénitale (ch. 210).

Les traitements dentaires avant l'âge de 20 ans liés à des infirmités congénitales sont à la charge de l'AMal si l'assuré ne satisfait pas aux conditions d'assurance au sens de l'art. 6 LAI (art. 27 LAMal ; art. 19a, al. 1, let. b, OPAS ; cf. ATF 126 V 103). De ce fait, les mesures médicales relevant des chiffres concernés de l'OIC sont prises en charge par l'AMal et le canton ; les assurés en paient une partie au titre de la participation aux coûts prévue par la LAMal.

La suppression de ces prestations permet à l'AI d'économiser 78 millions de francs par an et exige une adaptation de la liste des infirmités congénitales (cf. annexe de l'OIC).

=> Pour des statistiques détaillées, voir l'annexe V, tableau 14 à la p. 64.

### **4. Soin des enfants et services d'aide et de soins à domicile pour les enfants**

L'AI n'a pas de conventions tarifaires propres avec les organisations d'aide et de soins à domicile, ni de dispositions régissant l'autorisation des prestataires. Le remboursement des prestations se base sur celui de l'AMal et suit les nouvelles règles qui y sont introduites. Les prestations définies dans la lettre-circulaire n° 308 pour les mesures médicales relevant des services d'aide et de soins à domicile (Spitex) se fondent sur les prestations visées à l'art. 7 OPAS. Il y a donc déjà une bonne harmonisation matérielle entre AI et AMal pour ce qui est des soins. L'AI rembourse les mêmes prestations Spitex que l'AMal. L'intégration de ces prestations dans celles des services d'aide et de soins à domicile de l'AMal garantirait une pratique homogène et éliminerait les incertitudes concernant l'assurance compétente.

La suppression de ces prestations permet à l'AI de réduire ses coûts d'environ 10 millions de francs par an et nécessite l'adaptation de l'art. 14, al. 1, LAI.

### **5. Abaissement de la limite d'âge de 20 à 18 ans (âge actuel de la majorité) pour les bénéficiaires de mesures médicales en cas d'infirmité congénitale**

Les infirmités congénitales ont été prises en compte à l'entrée en vigueur de la LAI (1<sup>er</sup> janvier 1960) pour les mineurs, ce qui, à l'époque, signifiait jusqu'à l'âge de 20 ans. Or la majorité a été abaissée à 18 ans dans le code civil (CC) le 1<sup>er</sup> janvier 1996. En conséquence, il conviendrait d'abaisser aussi à 18 ans la limite pour le droit aux mesures médicales qui ne servent qu'au traitement de la maladie. Cela exige l'adaptation des art. 12, al. 1, et 13, al. 1, LAI et permettrait à l'AI d'économiser environ 40 millions de francs par an. Le coût des mesures médicales est pris en charge par l'AMal et le canton ; les assurés en paient une partie au titre de la participation aux coûts prévue par la LAMal.

Pour des statistiques détaillées, voir l'annexe V, tableau 15 à la p. 65.

Etant donné la prise en charge par l'AMal des prestations médicales qui ne visent que le traitement de la maladie, leur suppression de l'AI n'a aucune conséquence négative pour le potentiel de réadaptation des assurés. Globalement, les conséquences financières sont les suivantes :

- *Pour l'assurance-invalidité :*  
Une réduction de 170 millions de francs par an.
- *Pour l'assurance-maladie :*  
Une charge supplémentaire de 140 millions de francs par an.
- *Pour les cantons :*  
Une augmentation de 24 millions de francs par an.
- *Pour les assurés :*  
Aucune lacune de prestations pour les assurés, mais une augmentation d'environ 5 millions de francs, au titre de la participation aux coûts.

## 4.6 Variante 4 : Optimisation des mesures médicales de l'AI

La variante 4 propose des pistes pour optimiser le système existant et l'adapter aux connaissances médicales actuelles. Elle intègre en outre les recommandations du Contrôle fédéral des finances (CDF) concernant l'analyse de la mise en œuvre et de l'évolution des coûts des mesures médicales. Ces optimisations portent sur sept éléments.

### **1. Révision de la liste des infirmités congénitales de l'AI : d'une part adaptation aux connaissances médicales actuelles et, d'autre part, fixation de critères pour la reconnaissance des infirmités congénitales (adaptation du RAI, de l'OIC et des directives)**

En vertu de l'art. 3, al. 2, LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Etant donné la précision croissante des tests diagnostiques (génétiques par ex.) qui permettent de mettre en évidence dès la naissance certaines infirmités (telles que certaines maladies orphelines ou l'autisme du jeune enfant), même si elles ne se manifestent pas encore, il est nécessaire que l'AI revoie la liste des infirmités congénitales. Pour son adaptation, elle dispose de trois options :

- elle gèle la liste actuelle (en accordant la garantie des droits acquis pour les bénéficiaires actuels jusqu'à l'âge de 20 ans) et les prestations nécessaires aux nouvelles infirmités sont financées via l'AMal ;
- elle adapte la liste aux connaissances médicales actuelles et prend en charge, jusqu'à l'âge de 20 ans, le coût des mesures médicales pour les infirmités déjà présentes à la naissance qui ne sont pas encore reconnues ;
- elle modifie la notion d'infirmité congénitale et adapte en conséquence la liste actuelle, par ex aux systèmes de classification internationaux. Une fois la définition modifiée, il est possible que des infirmités congénitales aujourd'hui reconnues par l'AI ne figurent plus sur la liste à cause des nouveaux critères – c'est-à-dire des critères adaptés au progrès médical –, mais que de nouvelles infirmités y soient admises.

La troisième option correspond à la recommandation 2 du CDF.

### **2. Amélioration des prestations médicales en cas de troubles du développement et du comportement psychique et somatique afin de renforcer la réadaptation professionnelle, éventuellement au-delà de l'âge de 20 ans, tant que la formation professionnelle initiale n'est pas achevée ; clarification simultanément de la délimitation des mesures pédagogiques qui ont été transférées depuis 2008 aux cantons dans le cadre de la nouvelle péréquation financière**

Font notamment partie de ces infirmités les troubles psychiques précoces (ch. 404 à 406 OIC) et les paralysies cérébrales congénitales (ch. 390 OIC). Outre des mesures éducatives et socio-pédagogiques, ces pathologies exigent souvent des traitements de plusieurs années (psychologie, ergothérapie et physiothérapie, ainsi que médicaments). Les thérapies intégratives, comme l'intervention précoce en cas d'autisme du jeune enfant (ch. 405 OIC), sont les mesures les plus efficaces pour la réadaptation de ces enfants. Mais elles servent en même temps au traitement de la

maladie comme telle, au conseil et à l'accompagnement des parents et des enseignants, ainsi qu'au suivi socio-pédagogique et éducatif de ces enfants durant l'intégration scolaire et professionnelle ; de ce fait, elles relèvent donc de l'obligation de prestations de l'assurance-maladie, des cantons et des assurés (au titre de la participation aux coûts). Mais en pratique, il est difficile de distinguer clairement les différentes prestations qui constituent ces thérapies, d'autant qu'elles sont souvent fournies par les mêmes prestataires.

Vu l'efficacité avérée de ces thérapies, notamment en début de traitement durant la prime enfance, l'AI peut au besoin, selon les cas, rembourser plus généreusement ces prestations que l'AMal, afin de mieux encourager l'insertion à l'école obligatoire, en formation professionnelle ou dans une activité professionnelle sur le marché primaire de l'emploi. Mais l'AI ne saurait prendre à sa charge tous les coûts liés aux traitements intégratifs, puisqu'il ne s'agit pas uniquement de mesures médicales. Au nom de la transparence des coûts, il est donc urgent de distinguer les traitements non médicaux et de déterminer, parmi les prestations, celles qui seront prises en charge par l'AMal, les cantons ou l'AI. Pour être efficace, la démarche doit donc être coordonnée avec les autres agents payeurs.

Il convient aussi d'examiner si, en cas de troubles psychiques ou somatiques congénitaux touchant le développement ou le comportement, certaines mesures médicales pouvant contribuer à la réadaptation devraient être octroyées au-delà de l'âge de 20 ans, tant que la formation professionnelle initiale n'est pas achevée. La poursuite des mêmes prestations pendant l'ensemble de cette formation est justifiée parce que des troubles liés au passage à l'âge adulte sont susceptibles d'apparaître, en plus des troubles du développement, chez les personnes de 16 à 25 ans.

### **3. Implication de l'AI dans la définition d'une stratégie nationale visant à améliorer la situation des personnes atteintes d'une maladie orpheline, en particulier pour le diagnostic, le traitement, le remboursement des médicaments contre ces maladies (médicaments orphelins) et la recherche (postulat 10.4055 Humbel)**

Le coût des mesures médicales de l'AI a affiché une croissance annuelle de 4,8 % ces dix dernières années, passant de 453 millions de francs en 2001 à 694 millions en 2011. Les progrès continus de la médecine, surtout en matière de diagnostics génétiques, permettent de reconnaître sans cesse de nouvelles pathologies rares (maladies orphelines) comme étant susceptibles de traitements ; mais ceux-ci sont souvent particulièrement onéreux. Citons par ex. le syndrome CAPS, qui s'accompagne entre autres d'inflammations multiples au cours de la vie : comme on lui prête une origine génétique, on pourrait se demander s'il ne devrait pas être classé parmi les infirmités congénitales. Pour l'instant, il n'est pas encore reconnu comme tel par l'AI, mais il illustre bien le fait que le développement médical accroît la pression sur les assurances sociales.

Le statu quo n'étant pas possible, il faut trouver de nouveaux moyens pour évaluer, reconnaître et financer cette évolution. Mais imputer à l'AI le financement de thérapies relevant d'un domaine manifestement appelé à progresser encore et à générer des coûts toujours plus importants ces prochaines années semble aller à l'encontre des attentes des milieux politiques, qui voudraient voir l'AI réduire son déficit et rembourser sa dette envers l'AVS.

Dans son arrêt du 23 novembre 2010 (9C\_334/2010 = ATF 136 V 395) relatif à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'un médicament ne figurant pas sur la liste des spécialités (Myozyme), le Tribunal fédéral se prononce pour la première fois sur des questions de fond : le rationnement et les limites du financement dans le domaine du droit de la santé. Il définit la marge de manœuvre financière de la société et le coût raisonnablement admissible pour le maintien d'une vie humaine. Sans pour autant négliger les aspects éthiques, il relativise leur importance en raison de la faiblesse des ressources. L'AI se préoccupera également de cet arrêt, qui a suscité de nombreuses controverses, car elle est confrontée aux mêmes questions.

Les réponses aux questions concernant le diagnostic, le traitement et le remboursement des médicaments contre les maladies rares (médicaments orphelins) seront données dans le cadre du postulat 10.4055 Humbel. Elles seront intégrées à une stratégie nationale.

### **4. Suppression ciblée de mesures médicales de l'AI (s'inspirant de la variante 3) afin de compenser un éventuel surcoût pour l'assurance**

Les mesures 1, 2, 3, 5 et 6 proposées dans la variante 4 sont susceptibles d'entraîner un surcoût pour l'AI. Ce surcoût pourrait être compensé par les transferts ponctuels de mesures de l'AI à l'AMal mentionnés dans la variante 3.

#### **5. Harmonisation entre les critères de l'AI et les critères de l'AMal pour l'évaluation des nouvelles prestations et des nouveaux médicaments**

Actuellement, pour les enfants présentant des infirmités congénitales, l'AI prend à sa charge les mesures médicales (médicaments, prestations médicales, appareils de traitement, par ex.) visant des fins purement thérapeutiques, à l'instar d'une caisse-maladie. C'est pourquoi, pour le financement de nouveaux médicaments et de nouvelles prestations médicales, les experts de l'industrie pharmaceutique et les fournisseurs de prestations s'adressent à l'OFAS quand ces médicaments et prestations concernent des infirmités congénitales chez les mineurs et, simultanément, à l'OFSP quand ils concernent les adultes. Cette manière de procéder, sans collaboration entre OFAS et OFSP, peut amener des différences entre l'AI et l'AMal, par ex. au sujet de la fixation du prix des nouveaux médicaments. A l'heure actuelle, c'est le cas notamment du Kuvan, un médicament prescrit aux assurés, mineurs et adultes, souffrant de phénylcétonurie (trouble du métabolisme de protéines). Pour l'admission de nouveaux médicaments visant les infirmités congénitales, l'OFSP gère, outre la liste des spécialités (LS), une liste des médicaments en matière d'infirmités congénitales (LMIC). Cette liste contient les médicaments qui sont remboursés jusqu'à l'âge de 20 ans aux assurés de l'AI s'ils continuent à en avoir besoin en raison de leur infirmité. A l'heure actuelle, l'OFAS et l'OFSP mènent des discussions informelles sur l'application des critères EAE à certaines prestations et à la fixation du prix des nouveaux médicaments destinés aux mineurs.

L'application des critères EAE est réglée dans l'AMal, mais pas dans l'AI. De plus, l'OFSP gère le secrétariat administratif et scientifique pour les commissions extraparlimentaires suivantes : Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP), Commission fédérale des médicaments (CFM) et Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA). Tous les acteurs concernés sont représentés dans ces commissions. La CFPP et la CFAMA donnent au DFI des recommandations sur différentes questions relatives aux prestations de l'AMal, tandis que la CFM conseille l'OFSP pour les questions liées à la fixation des prix des médicaments. L'AI n'est plus représentée dans ces commissions. De ce fait, l'OFAS, sauf pour les médicaments spécifiques des infirmités congénitales (cf. paragraphe précédent), n'a pas d'influence directe sur le choix des prestations, comme l'AMal, ni sur le prix des médicaments. L'office ne possède pas de commissions ad hoc, dont la mise sur pied nécessite beaucoup de savoir-faire et de ressources dont il ne dispose pas aujourd'hui. Il est donc généralement obligé de s'appuyer sur les prescriptions de l'OFSP relatives aux prestations.

Pour l'application des critères EAE aux nouvelles prestations médicales et à la fixation des prix des nouveaux médicaments, l'AI a le choix entre les options suivantes :

- reprendre les règlements définis par l'AMal. Inconvénients : obligation d'appliquer les mêmes limitations (par ex. pour la psychothérapie et la physiothérapie) et absence de couverture pour certains domaines (tels que les médicaments spéciaux destinés aux mineurs ou les produits diététiques pour les troubles métaboliques congénitaux) ;
- l'OFAS crée ses propres processus, critères, ressources et commissions. Inconvénients : manque d'un certain savoir-faire, pertes de temps et coût élevé ; différences probables entre l'AMal et l'AI, par ex. dans la fixation du prix des médicaments ;
- l'OFSP, par ses commissions, se charge d'évaluer aussi l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des prestations remboursées par l'AI ; il développe ses structures et intensifie sa collaboration avec l'OFAS. Avantages : meilleure qualité technique, homogénéité entre AMal et AI, et moins de personnel supplémentaire nécessaire qu'avec la mise en place de nouveaux processus, critères et organes à l'OFAS.

La création d'une commission chargée des questions propres à l'AI nécessite une modification de l'art. 14 LAI et des art. 2 et 4<sup>bis</sup> RAI. Comme ces commissions sont réglementées dans la LAMal, il faudrait également modifier, outre la LAI et le RAI, les art. 37d, 37e et 37f OAMal.

#### **6. Création d'une nouvelle commission d'experts pour la reconnaissance des infirmités congénitales**

Même après la révision de la liste des infirmités congénitales (cf. point 1, variante 4), des adaptations régulières seront nécessaires. Il faudrait alors approfondir la question de savoir dans quelle mesure les

instances actuelles de l'AMal pourraient assumer cette tâche ou s'il serait nécessaire, pour des raisons techniques, de créer une instance particulière à l'AI. Les infirmités congénitales étant régies par l'OIC, celle-ci devrait être modifiée, en particulier son art. 1, al. 2, si l'on veut charger une commission particulière de la reconnaissance de nouvelles infirmités.

#### **7. Renforcement du pilotage des mesures médicales par l'OFAS, qui serait chargé de contrôler l'adéquation, l'uniformité de la mise en œuvre et les coûts**

L'OFAS prévoit de mettre en place un monitoring renforcé pour les mesures médicales de l'AI, dont les coûts feront l'objet d'un pilotage plus serré, tant pour chaque infirmité congénitale et chaque fournisseur de prestations qu'au niveau national et cantonal. Une analyse des risques permettrait de prendre des mesures ciblées pour certaines infirmités, certains cantons ou certains prestataires. En outre, l'analyse des cas les plus coûteux devrait donner des indications sur les possibilités de réduire les coûts ou d'améliorer l'efficacité au moyen de la gestion par cas.

Ces différentes mesures correspondent aux recommandations 3 à 6 du CDF.

## **5 Conclusion**

Depuis l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire en 1996, toutes les personnes résidant en Suisse sont couvertes pour les mesures médicales en cas d'atteinte à la santé, quelle qu'en soit l'origine. Logiquement, ces mesures devraient donc être supprimées de l'AI (variante 1). Mais un certain nombre d'arguments s'y opposent. Tout d'abord, le transfert à l'AMal aurait un coût. Ensuite, dans certains cas, l'AMal ne prend pas en charge exactement les mêmes prestations que l'AI. Enfin, l'AI – en particulier pour les troubles du développement comme l'autisme – ne pourrait plus influencer sur le traitement médical, d'où une réduction des chances de réadaptation dans certaines situations.

Si la variante 2 (limitation aux mesures médicales visant la réadaptation) répond bien à l'orientation de l'AI en tant qu'assurance de réadaptation, elle pose d'importants problèmes de délimitation lorsqu'il s'agit de savoir si une mesure médicale vise la réadaptation (AI) ou le traitement curatif (AMal). Une délimitation claire n'est pas possible.

La variante 3 (suppression ciblée de certaines mesures médicales de l'AI) décharge l'AI de certaines infirmités non concernées par la réadaptation, mais ne résout pas le problème des deux assurances parallèles.

La variante 4 (optimisation des mesures médicales de l'AI) ne résout pas non plus le problème des deux assurances parallèles, mais elle optimise les prestations et les processus de l'AI. Un argument en sa faveur est qu'elle affirme le positionnement de l'AI dans le système de santé en tant qu'assurance de réadaptation. Mais avec cette variante, il faut s'attendre à un vaste débat public et à une pression accrue afin que soient ajoutées au catalogue de prestations de l'AI de nouvelles prestations médicales ayant des effets positifs sur la réadaptation des assurés, ce qui risquerait d'accroître les dépenses de l'assurance. Il faudra donc prévoir des mesures d'accompagnement afin d'éviter une augmentation des coûts pour l'AI, d'autant qu'il est d'ores et déjà évident que la réorganisation nécessitera des ressources en personnel supplémentaires.

L'OFAS privilégie les variantes 1 et 4 : soit on investit dans une optimisation (variante 4), soit on supprime totalement les mesures médicales de l'AI (variante 1). Nous proposons d'élaborer les bases des différents éléments de la variante 4 et d'évaluer le nouveau concept d'ici fin 2014.

## **6 Annexes**

Annexe I	Evolution du coût des mesures médicales dans l'AI
Annexe II	Différences entre AI, AMal et AA
Annexe III	Bases légales
Annexe IV	Règles de coordination AI-AMal
Annexe V	Conséquences financières des mesures étudiées pour la variante 3

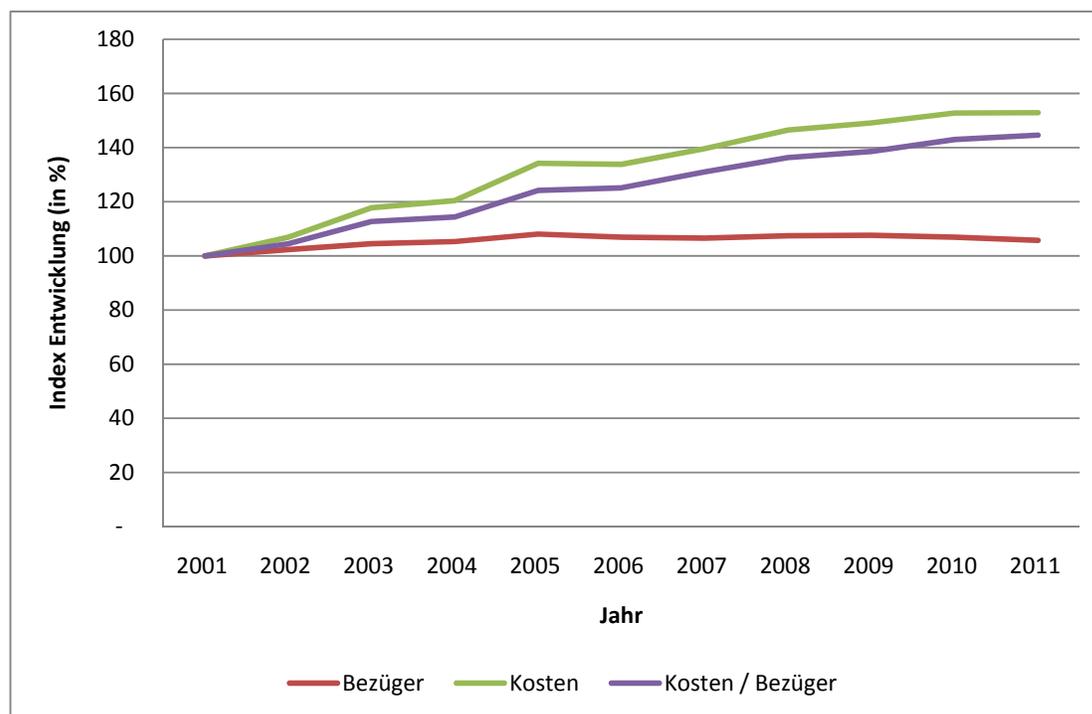
## Annexe I : Evolution des coûts des mesures médicales dans l'AI

Les chiffres ci-dessous se fondent sur les données de la Centrale de compensation (CdC) concernant les mesures médicales de l'AI octroyées par les offices AI.

### 1 Evolution des coûts totaux des mesures médicales

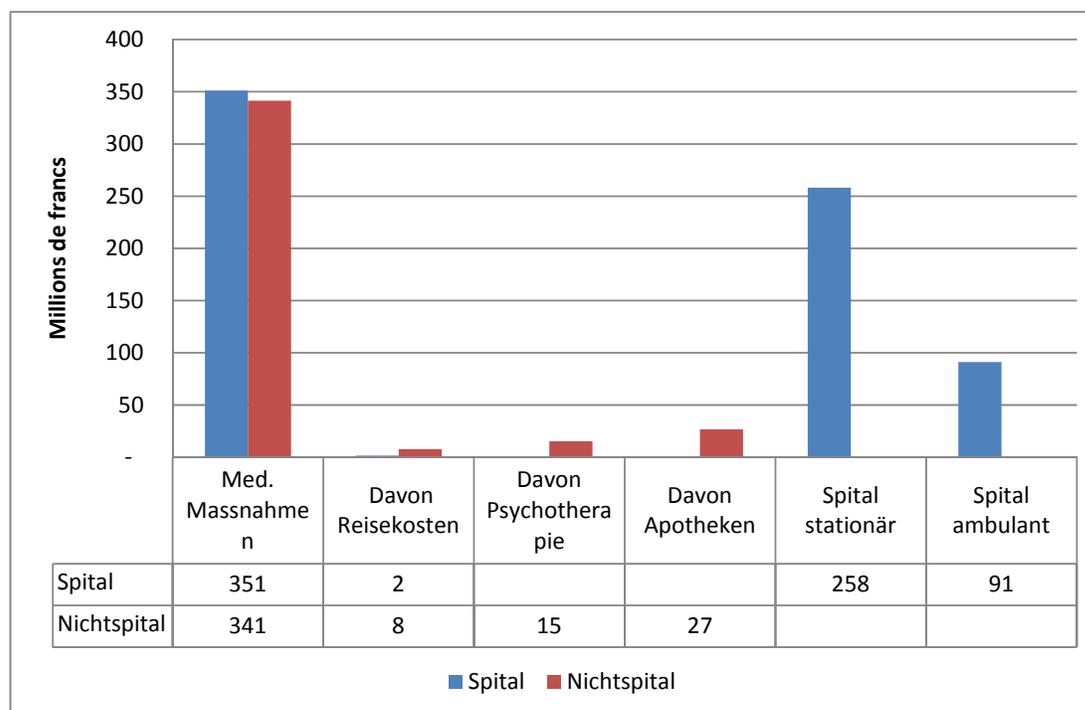
Le coût total des mesures médicales de l'AI (art. 12, 13 et 14 LAI) est passé de 453 millions de francs en 2001 à 694 millions en 2011. Cette augmentation de 53 % en 10 ans s'explique avant tout par la forte augmentation du coût moyen par bénéficiaire, passé de 4664 francs en 2001 à 6876 francs en 2011 (+ 45 %). Le nombre de bénéficiaires n'a augmenté que de 6 %, soit de 97 099 en 2001 à 103 240 en 2011. La figure 1 présente l'évolution des coûts des mesures médicales entre 2001 et 2011.

Figure 1 : Evolution des coûts des mesures médicales de l'AI, 2001-2011



La figure 1 montre l'indice de l'évolution des coûts, des bénéficiaires de mesures médicales et du coût par bénéficiaire ; l'indice était de 100 % en 2001. Le graphique ne tient pas compte du renchérissement.

En 2011, le coût total des mesures médicales était de 694 millions de francs, les coûts hospitaliers de 351 millions de francs (dont 258 millions pour les soins résidentiels et 91 millions pour les soins ambulatoires) et le coût des prestations ambulatoires non hospitalières de 341 millions de francs (cf. figure 4).

**Figure 4 : Répartition des coûts des mesures médicales de l'AI, 2011 (total : 694 millions de francs)**


Source : Statistique de l'AI (chiffres arrondis) et calculs ad hoc

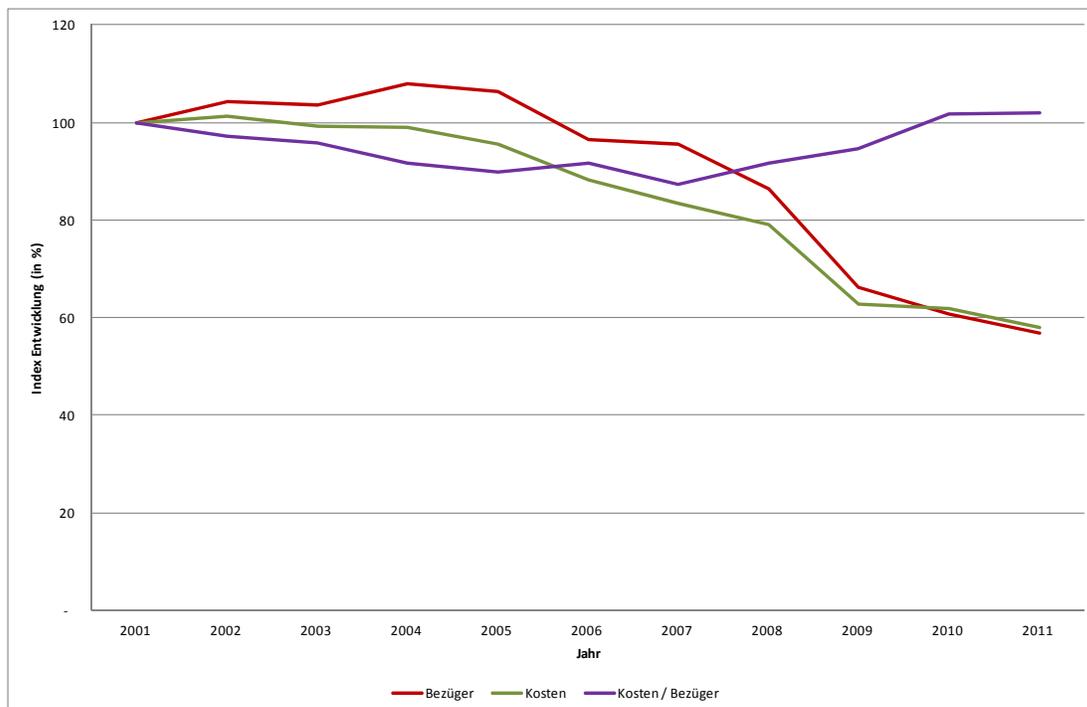
Sur un total de 694 millions de francs pour les mesures médicales de l'AI en 2011, 97 % sont imputables aux infirmités congénitales, 3 % seulement aux maladies et encore moins aux accidents (cf. tableau 3). Cette répartition n'a pratiquement pas changé ces dix dernières années.

**Tableau 3 : Répartition des coûts et des bénéficiaires par type d'infirmité, 2011**

Type d'infirmité	Nombre de bénéficiaires	Coût total en millions de francs	Coût moyen par bénéficiaire, en francs	Pourcentage de bénéficiaires	Pourcentage du coût total
<b>Infirmités congénitales</b>	99 786	671	6 725	96 %	97 %
<b>Maladies</b>	3 294	21	6 473	4 %	3 %
<b>Accidents</b>	75	2	23 375	0 %	0 %
<b>Total</b>	104 967	694	6 610	100 %	100 %

Entre 2001 et 2011, le coût des mesures médicales de réadaptation (art. 12 LAI) a diminué de 58 %, passant de 37 millions de francs à 21 millions. Cette évolution s'explique essentiellement par la diminution du nombre de bénéficiaires, qui est passé de 5786 en 2001 à 3294 en 2011. Le coût par bénéficiaire est resté pratiquement le même : 6354 francs en 2001 et 6473 en 2011 (cf. figure 5). Pour le coût des mesures médicales de réadaptation, le fléchissement de la courbe s'explique entre autres par deux changements survenus depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 : 1. le transfert aux cantons, dans le cadre de la RPT, de toutes les mesures de scolarisation spéciale, notamment la logopédie et la psychomotricité, qui étaient jusque-là facturées sous le même code que les mesures médicales ; 2. le transfert à l'assurance-maladie obligatoire et aux cantons, dans le cadre de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, des mesures médicales de réadaptation destinées aux assurés de plus de 20 ans.

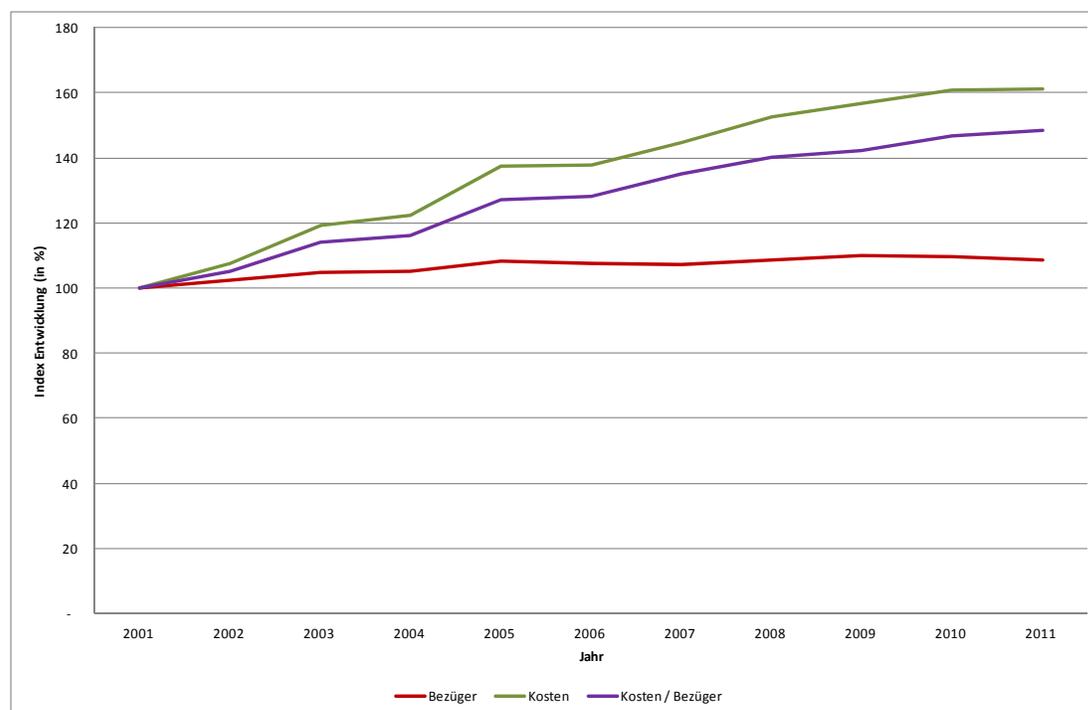
Figure 5 : Evolution des coûts des mesures médicales de l'AI (art. 12), 2001-2011



La figure 5 montre l'indice de l'évolution des coûts, des bénéficiaires de mesures médicales et du coût par bénéficiaire dans les infirmités congénitales au sens de l'art. 12 LAI ; l'indice était de 100 % en 2001. Le graphique ne tient pas compte du renchérissement.

## 2 Evolution des coûts des mesures médicales pour l'art. 13 LAI

Entre 2001 et 2011, les coûts des infirmités congénitales (art. 13 LAI) ont augmenté de 61 %, passant de 416 millions de francs à 671 millions. Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 9 %, soit de 91 851 à 99 786, et le coût par bénéficiaire de 48 %, soit de 4530 francs à 6725 francs (cf. figure 6).

**Figure 6 : Evolution des coûts des mesures médicales de l'AI (art. 13 LAI), 2001-2011**


La figure 6 montre l'indice de l'évolution des coûts, des bénéficiaires de mesures médicales et du coût par bénéficiaire pour les infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI ; l'indice était de 100 % en 2001. Le graphique ne tient pas compte du renchérissement.

## 2.1 Evolution des coûts des différentes infirmités congénitales

En 2011, les infirmités congénitales ont coûté 671 millions de francs, dont 327 millions pour les dix plus coûteuses. Parmi celles-ci, les trois premières sont les nouveau-nés de faible poids de naissance (ch. 494 OIC), avec 69 millions de francs, les paralysies cérébrales congénitales (ch. 390 OIC), avec 63 millions de francs, et le SPO/TDAH (ch. 404 OIC), avec 56 millions de francs (cf. tableau 4).

**Tableau 4 : Les dix infirmités congénitales les plus coûteuses en termes de coût total (2011)**

<i>Infirmités congénitales reconnues par l'AI</i>	<i>Nombre de bénéficiaires</i>	<i>Coût (en millions de francs)</i>	<i>Coût (en francs) / bénéficiaire</i>
Nouveau-nés (généralement prématurés) avec faible poids de naissance, de 2000 g à 3000 g	1 815	69	37 973
Paralysies cérébrales congénitales	5 710	63	10 987
SPO/TDAH	13 653	56	4 087
Malformations congénitales du cœur et des vaisseaux	7 472	46	6 135
Micrognathie inférieure congénitale	12 923	28	2 200
Troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire	1 344	28	20 951
Epilepsie congénitale	4 370	25	5 611
Prognathie inférieure congénitale	7 170	21	2 925
Sévères troubles respiratoires d'adaptation	1 470	18	12 054
Hémophilies congénitales et autres anomalies des facteurs de coagulation	316	18	56 044
<b>Autres 150 infirmités congénitales reconnues par l'AI</b>	<b>43 543</b>	<b>299</b>	<b>6 870</b>
<b>Toutes (total 160)</b>	<b>99 786</b>	<b>671</b>	<b>6 725</b>

Source : Statistique de l'AI

Le tableau 5 donne la liste des dix infirmités congénitales les plus coûteuses par bénéficiaire en 2011. En font partie notamment les troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides et des glycoprotéines, qui entraînent notamment des troubles de la croissance osseuse associés à l'atteinte d'autres organes ainsi qu'un retard mental, avec un coût moyen de 157 730 francs par bénéficiaire pour 44 bénéficiaires ; le syndrome de Mikity-Wilson, diagnostiqué chez seulement 7 bénéficiaires qui s'accompagne de différents symptômes dus à la formation de cavités intra-pulmonaires et dont le coût moyen a été de 146 884 francs par bénéficiaire ; les hémophilies et autres anomalies des facteurs de coagulation, avec un coût moyen de 56 044 francs par bénéficiaire pour 316 bénéficiaires ; et les leucémies du nouveau-né, avec un coût moyen de 53 489 francs par bénéficiaire pour seulement 21 bénéficiaires.

**Tableau 5 : Les dix infirmités congénitales les plus coûteuses en termes de coût par bénéficiaire (2011)**

<i>Infirmités congénitales reconnues par l'AI</i>	<i>Nombre de bénéficiaires</i>	<i>Coût total (en millions de francs)</i>	<i>Coût (en francs) / bénéficiaire</i>
Troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides et des glycoprotéines (troubles de la croissance osseuse avec atteinte d'autres organes et retard mental)	44	7	155 730
Syndrome de Mikity-Wilson (complexe de symptômes dus à la formation de cavités intra-pulmonaires)	7	1	146 864
Hémophilies et autres anomalies des facteurs de coagulation	316	18	56 044
Leucémies du nouveau-né	21	1	53 489
Nouveau-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 2000 g jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 g	1 815	69	37 973
Pharmacodépendance néonatale lorsqu'un traitement intensif est nécessaire	79	3	33 109
Hypoventilation d'origine centrale du nouveau-né	34	1	31 287
Troubles congénitaux de la fonction du pancréas (mucoviscidose et insuffisance pancréatique primaire)	522	16	30 148
Tumeurs congénitales et malformations de l'hypophyse (craniopharyngiome, kyste de Rathke et poche persistante de Rathke)	61	2	28 957
Inflammation intestinale grave, détruisant la paroi de l'intestin, chez des prématurés d'un poids de naissance inférieur à 2000 g ou chez des nouveau-nés, à condition qu'elle se manifeste dans les quatre semaines suivant la naissance	54	2	28 810
<b>Autres 150 infirmités congénitales reconnues par l'AI</b>	<b>96 833</b>	<b>551</b>	<b>5 690</b>
<b>Toutes (total 160)</b>	<b>99 786</b>	<b>671</b>	<b>6 725</b>

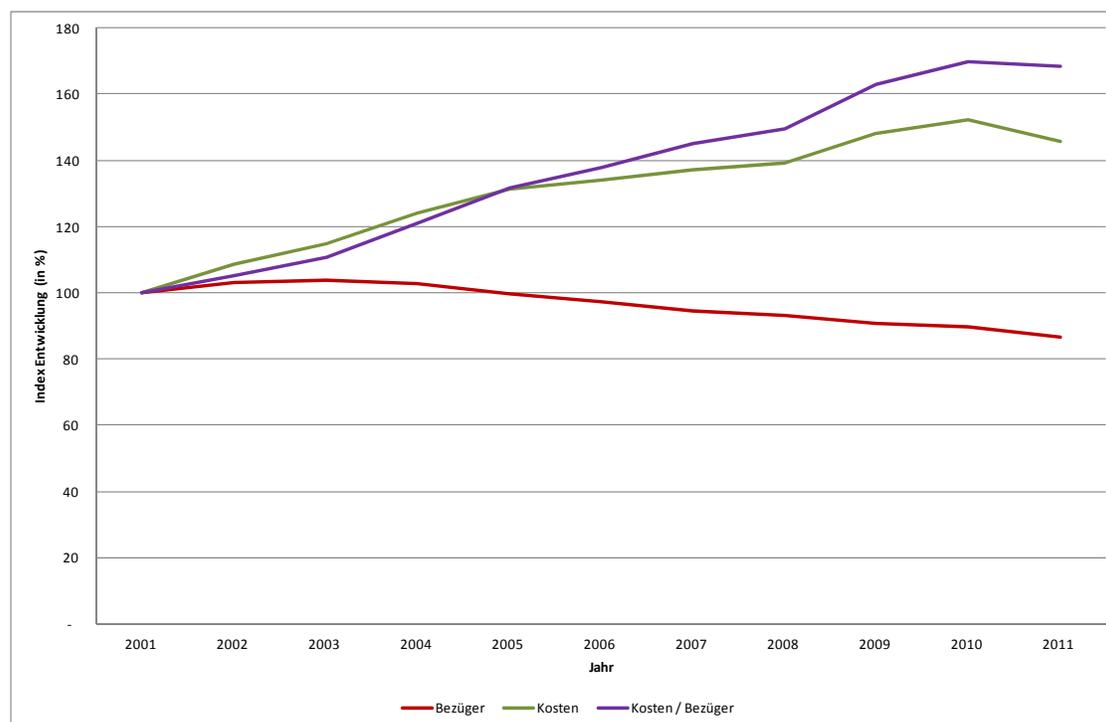
Source : Statistique de l'AI

### **Infirmités congénitales présentant une forte augmentation du coût par bénéficiaire 2001-2011**

Entre 2001 et 2011, une forte augmentation du coût par bénéficiaire a été constatée principalement pour les assurés présentant une paralysie cérébrale congénitale, associée à des crampes, des mouvements anormaux et/ou des troubles de la coordination (ch. 390 OIC, + 68 %), ainsi que pour les nouveau-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 2000 g jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 g (ch. 494 OIC, + 123 %). Les raisons de cette évolution sont décrites ci-dessous.

#### *Evolution pour les assurés présentant une paralysie cérébrale (ch. 390 OIC)*

Pour les paralysies cérébrales, l'augmentation entre 2001 et 2011 touche aussi bien le coût total des mesures médicales (qui est passé de 43 millions de francs à 63 millions) que le coût par bénéficiaire (de 6524 francs à 10 987 francs). En revanche, le nombre de bénéficiaires a légèrement diminué, passant de 6599 à 5710 (cf. figure 7 et tableau 6). Cette évolution semble s'expliquer par un meilleur suivi des nouveau-nés, en particulier des petits prématurés. Il est réjouissant de voir que malgré l'augmentation du nombre de nouveau-nés de moins de 2000 g (prématurés pour la plupart), le taux de cas avec paralysie cérébrale n'a pas augmenté. L'augmentation des coûts est due au suivi et au traitement plus intensifs de ces enfants. La possibilité de les réadapter malgré les mesures médicales dépend de la gravité de la maladie.

**Figure 7 : Evolution des coûts des mesures médicales de l'AI pour les paralysies cérébrales congénitales (IC 390), 2001-2011**


La figure 7 montre l'indice de l'évolution des coûts, du nombre de bénéficiaires de mesures médicales et du coût par bénéficiaire pour les paralysies cérébrales congénitales ; l'indice était de 100 % en 2001. Le graphique ne tient pas compte du renchérissement.

**Tableau 6 : Evolution des coûts des mesures médicales destinées aux assurés présentant une paralysie cérébrale congénitale (chiffres absolus), 2001-2011**

390	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>No. bénéficiaires</b>	6'599	6'803	6'847	6'772	6'578	6'414	6'234	6'138	5'993	5'914	5'713
<b>Coût</b>	43	47	49	53	57	58	59	60	64	66	63
<b>Coût/bénéficiaire</b>	6'524	6'869	7'223	7'898	8'592	9'002	9'465	9'759	10'631	11'079	10'987

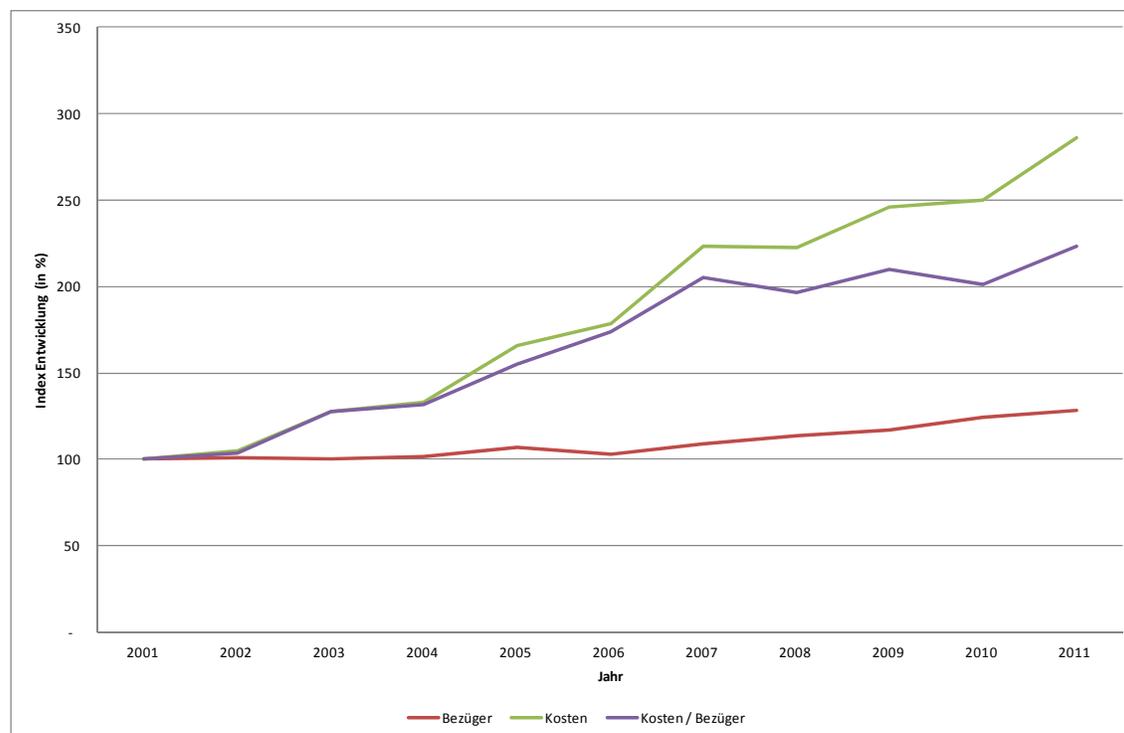
#### *Evolution pour les nouveau-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 2000 g (ch. 494 OIC)*

Pour les nouveau-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 2000 g jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 g, l'augmentation entre 2001 et 2011 concerne aussi bien le coût total (qui passe de 24 millions de francs à 69 millions) que le coût par bénéficiaire (de 17 009 francs à 37 973 francs) et le nombre de bénéficiaires (qui passe de 1416 à 1815) (cf. figure 8 et tableau 7).

Les prématurés sont viables à partir de la 23<sup>e</sup> semaine de grossesse, quand leur poids est d'environ 500 g. En Suisse, les chances de survie à partir de la 24<sup>e</sup> semaine sont de 50/50 ; elles augmentent rapidement dans les semaines qui suivent pour dépasser 90 % à la 28<sup>e</sup> semaine. Grâce à l'amélioration de la prise en charge périnatale de ces enfants, le taux de mortalité infantile a nettement diminué dans toute l'Europe centrale. Parallèlement à l'augmentation du nombre des nouveau-nés de moins de 2000 g (souvent prématurés), le coût par enfant traité a augmenté ces dernières années (cf. figure 6). Cette évolution s'explique par le fait que les femmes ont des enfants de plus en plus tardivement, ce qui a deux conséquences : le risque d'accouchement prématuré est plus élevé et, la fécondité diminuant avec l'âge, le recours à la procréation artificielle est de plus en plus fréquent, ce qui accroît le nombre de grossesses multiples et donc de prématurés. Ceux-ci occasionnent des coûts plus élevés parce qu'ils doivent être hospitalisés plus longtemps et ont besoin pour survivre de mesures médicales plus complexes. Les conséquences possibles de la prématurité sont des troubles du développement du système neurologique et du tractus pulmonaire et gastro-intestinal, ainsi que des atteintes de la vue et de l'audition. Le coût des mesures médicales nécessaires est également pris en charge par l'AI jusqu'à l'âge de 20 ans dans le cadre des autres infirmités congénitales (ch. 303, 347, 390, 395, 427 et 435 OIC). Du point de vue épidémiologique, l'augmentation du nombre de petits prématurés n'a cependant pas entraîné

d'augmentation du taux des cas avec une paralysie cérébrale car les progrès du suivi médical de ces enfants ont permis d'en limiter les conséquences pathologiques. L'augmentation du nombre de prématurés a ainsi été compensée par la diminution de la fréquence des cas avec paralysie cérébrale.

**Figure 8 : Evolution des mesures médicales de l'AI pour les nouveau-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 2000 g jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 g (IC 494), 2001-2011**



La figure 8 montre l'indice de l'évolution des coûts, du nombre de bénéficiaires de mesures médicales et du coût par bénéficiaire pour les nouveau-nés ayant un poids de naissance de 2000 g jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 g ; l'indice était de 100 % en 2001. Le graphique ne tient pas compte du renchérissement.

**Tableau 7 : Evolution des coûts des mesures médicales destinées aux nouveau-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 2000 g jusqu'à l'atteinte d'un poids de 3000 g (chiffres absolus), 2001-2011**

	494	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>No. bénéficiaires</b>		1'416	1'433	1'416	1'434	1'515	1'458	1'541	1'605	1'660	1'760	1'815
<b>Coût</b>		24	25	31	32	40	43	54	54	59	60	69
<b>Coût/bénéficiaire</b>		17'009	17'618	21'667	22'377	26'330	29'516	34'872	33'429	35'649	34'214	37'973

### Infirmités congénitales présentant une forte augmentation du nombre de bénéficiaires

La forte augmentation du nombre de bénéficiaires entre 2001 et 2011 s'explique principalement par celle des troubles du spectre autistique, des cas de SPO/TDAH du jeune enfant et des troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire.

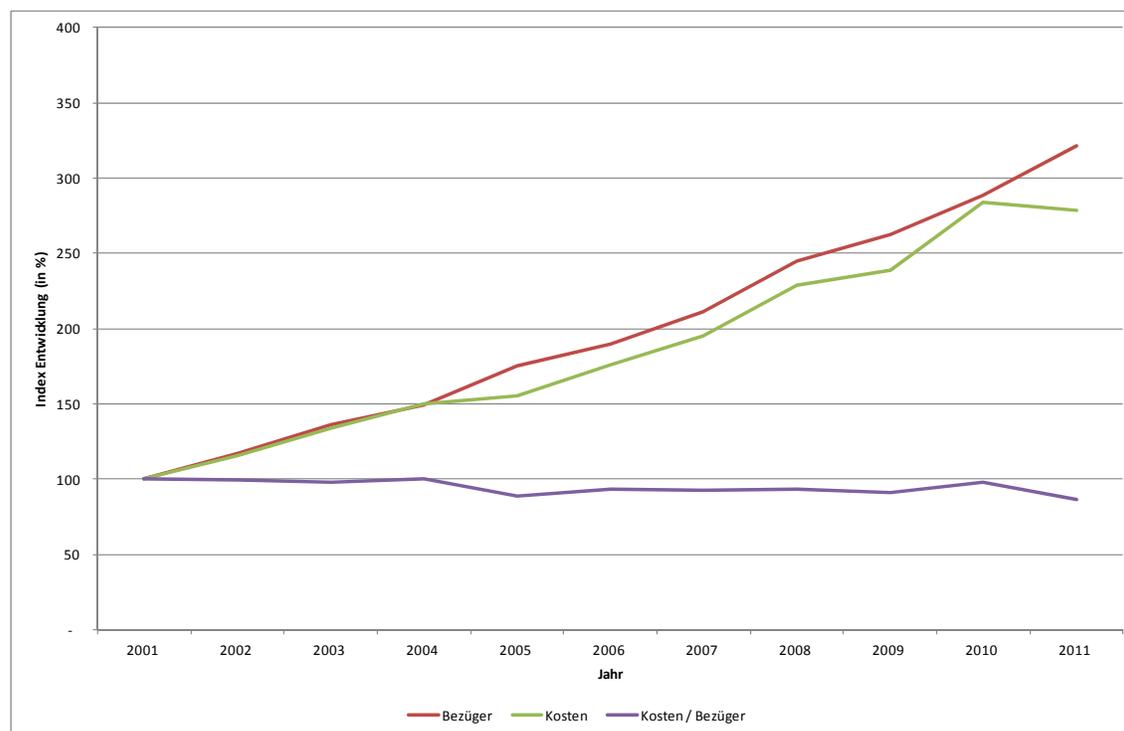
#### Evolution chez les assurés présentant des troubles précoces du spectre autistique et des psychoses primaires

Pour les assurés présentant des troubles précoces du spectre autistique et des psychoses primaires, l'augmentation entre 2001 et 2011 concerne le coût total (qui passe de 7 à 19 millions de francs) et le nombre de bénéficiaires (de 789 à 2536), qui a triplé. En revanche, le coût par bénéficiaire a légèrement diminué, passant de 8821 à 7637 francs (cf. figure 9 et tableau 8).

Avec la collaboration de spécialistes, l'ancienne infirmité congénitale psychoses primaires du jeune enfant et autisme infantile (ch. 401 OIC) a été divisée, au 1<sup>er</sup> janvier 2011, en deux nouvelles infirmités congénitales : les troubles du spectre autistique (ch. 405 OIC) et les psychoses primaires du jeune enfant

(ch. 406 OIC), à condition que celles-ci soient diagnostiquées avant l'âge de 5 ans. Le nombre de bénéficiaires augmente pour l'autisme en raison de l'amélioration du diagnostic et des possibilités thérapeutiques. S'y ajoute le fait, lié au manque de différenciation au sein de ce diagnostic, que les mesures médicales chez les enfants qui souffrent en réalité non pas d'un autisme précoce mais d'une autre forme d'autisme sont tout de même octroyées sous l'infirmité congénitale relevant du ch. 405.

**Figure 9 : Evolution des mesures médicales de l'AI pour les troubles du spectre autistique ou des psychoses primaires (IC 401, 405 et 406), 2001-2011**



La figure 9 montre l'indice de l'évolution des coûts, du nombre de bénéficiaires de mesures médicales et du coût par bénéficiaire pour les troubles précoces du spectre autistique et les psychoses primaires ; l'indice était de 100 % en 2001. Le graphique ne tient pas compte du renchérissement.

**Tableau 8 : Evolution des coûts des mesures médicales destinées aux assurés présentant des troubles du spectre autistique ou des psychoses primaires (chiffres absolus), 2001-2011**

401,405,406	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
No. bénéficiaires	789	922	1'076	1'180	1'383	1'495	1'667	1'933	2'073	2'279	2'536
Coût	7	8	9	10	11	12	14	16	17	20	19
Coût/bénéficiaire	8'821	8'753	8'682	8'845	7'806	8'213	8'147	8'249	8'019	8'671	7'637

#### Evolution chez les assurés avec un SPO/TDAH du jeune enfant

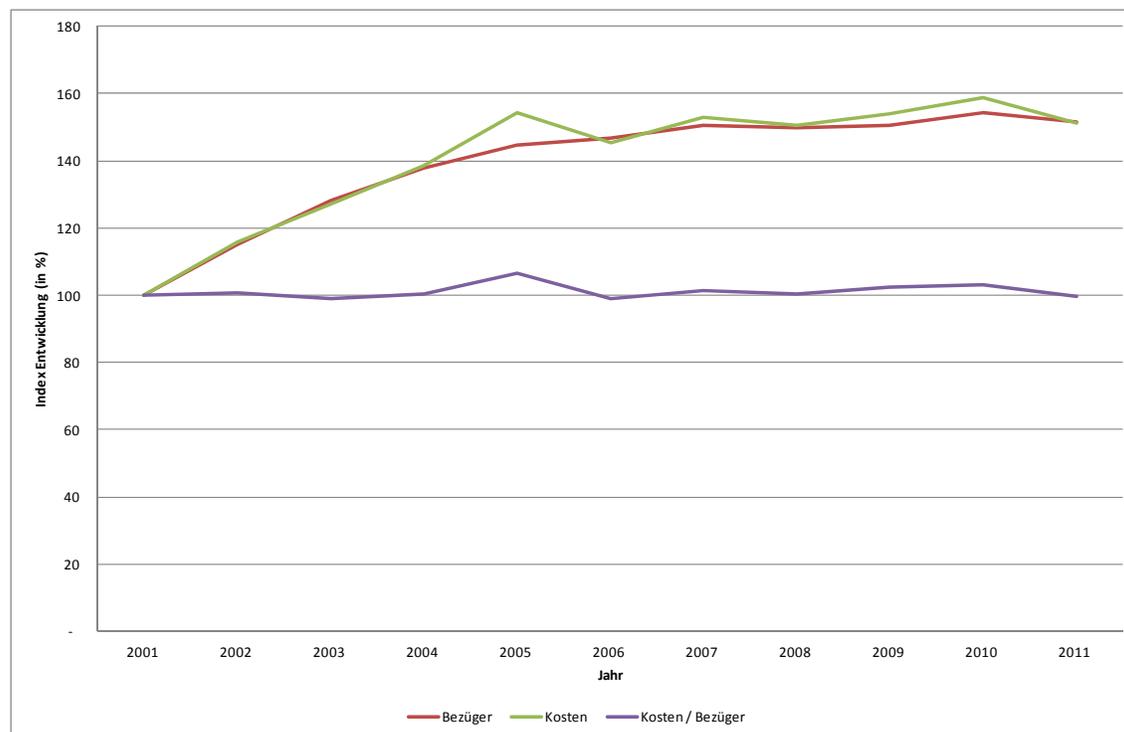
La forte augmentation du nombre de bénéficiaires (qui passe de 8998 en 2001 à 13 653 en 2011) s'explique notamment par les faits suivants (cf. figure 10 et tableau 9) :

- Le diagnostic de SPO du jeune enfant n'existe pas dans le monde médical national et international ; il n'est utilisé que par les assurances sociales suisses. On regroupe aujourd'hui sous le diagnostic de SPO/TDAH divers troubles de l'attention qui ne sont pas tous pathologiques. En effet, les médecins sont poussés à diagnostiquer une maladie admise, voire traitée, en raison de problèmes de développement acquis et de la pression de plus en plus élevée qui s'exerce à l'école, dans la recherche de places d'apprentissage et, par la suite, sur le marché du travail. On voit ainsi aujourd'hui à l'AI des enfants inscrits avec le diagnostic de SPO ou de TDAH (ch. 404 OIC) alors qu'ils n'ont pas d'infirmité congénitale démontrable. Ce phénomène se manifeste également par certaines différences nettes entre la Suisse du Nord-est et la Suisse romande : cette dernière diagnostique rarement les SPO infantiles sous le ch. 404, mais plutôt sous le ch. 406 (psychoses primaires du jeune enfant) ; la Suisse romande a tendance à prescrire des psychanalyses de

plusieurs années, la Suisse alémanique des psychothérapies à base d'entretiens et des médicaments.

- De plus, chez ces enfants, les mesures médicales généralement pratiquées, comme la psychothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie, sont parfois prescrites plus généreusement et moins contrôlées que dans l'AMal.

**Figure 10 : Evolution des mesures médicales de l'AI pour les cas de SPO/TDAH (IC 404), 2001-2011**



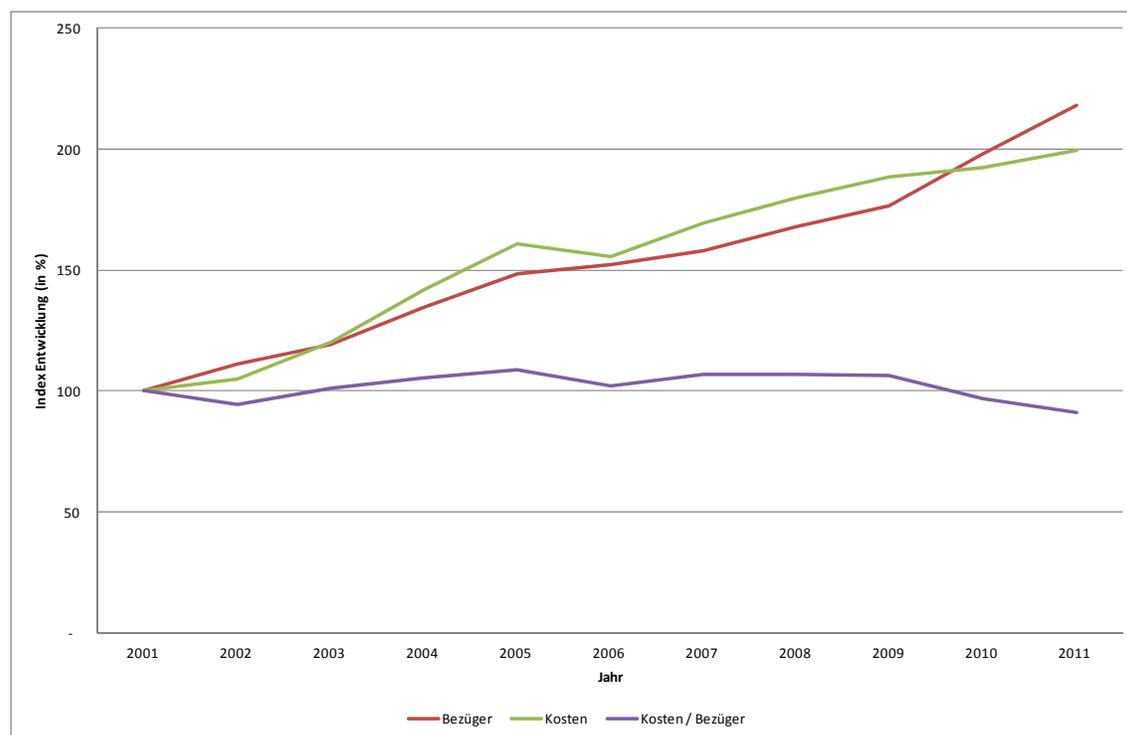
La figure 10 montre l'indice de l'évolution des coûts, du nombre de bénéficiaires de mesures médicales et du coût par bénéficiaire pour le SPO/TDAH ; l'indice était de 100 % en 2001. Le graphique ne tient pas compte du renchérissement.

**Tableau 9 : Evolution des coûts des mesures médicales destinées aux assurés avec un SPO ou un TDAH (chiffres absolus), 2001-2011**

404	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>No. Bénéficiaires</b>	8'998	10'371	11'539	12'410	13'029	13'203	13'551	13'472	13'548	13'882	13'653
<b>Coût</b>	37	43	47	51	57	54	56	55	57	59	56
<b>Coût/bénéficiaire</b>	4'099	4'124	4'062	4'113	4'373	4'064	4'161	4'119	4'196	4'223	4'087

Evolution pour les assurés présentant des troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire

Le nombre de bénéficiaires – passé de 616 à 1344 – et le coût – de 14 millions de francs à 28 millions – ont doublé entre 2001 et 2011, tandis que le coût par bénéficiaire (22 934 francs en 2001 et 20 951 francs en 2011) a légèrement baissé (cf. figure 9 et tableau 10). Les troubles hypothalamo-hypophysaires sont des troubles touchant le diencéphale et l'hypophyse, qui s'accompagnent d'une petite taille, de troubles du développement des organes sexuels et d'un diabète, liés à une carence hormonale. La société actuelle étant nettement plus sensible aux problèmes de grande ou de petite taille, les cas adressés aux spécialistes pour des examens sont beaucoup plus nombreux qu'il y a dix ans et ces diagnostics sont plus fréquents. Toutefois, la majorité des troubles ne sont pas permanents et n'entraînent pas de problèmes d'insertion.

**Figure 11 : Evolution des mesures médicales de l'AI pour les troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire (IC 462), 2001-2011**


La figure 11 montre l'indice de l'évolution des coûts, du nombre de bénéficiaires de mesures médicales et du coût par bénéficiaire pour les troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire ; l'indice était de 100 % en 2001. Le graphique ne tient pas compte du renchérissement.

**Tableau 10 : Evolution des coûts des mesures médicale destinées aux assurés présentant des troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire (chiffres absolus), 2001-2011**

462	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>No. Bénéficiaires</b>	616	684	734	828	913	939	974	1'035	1'089	1'221	1'344
<b>Coût</b>	14	15	17	20	23	22	24	25	27	27	28
<b>Coût/bénéficiaire</b>	22'934	21'697	23'173	24'226	24'922	23'388	24'560	24'558	24'461	22'262	20'951

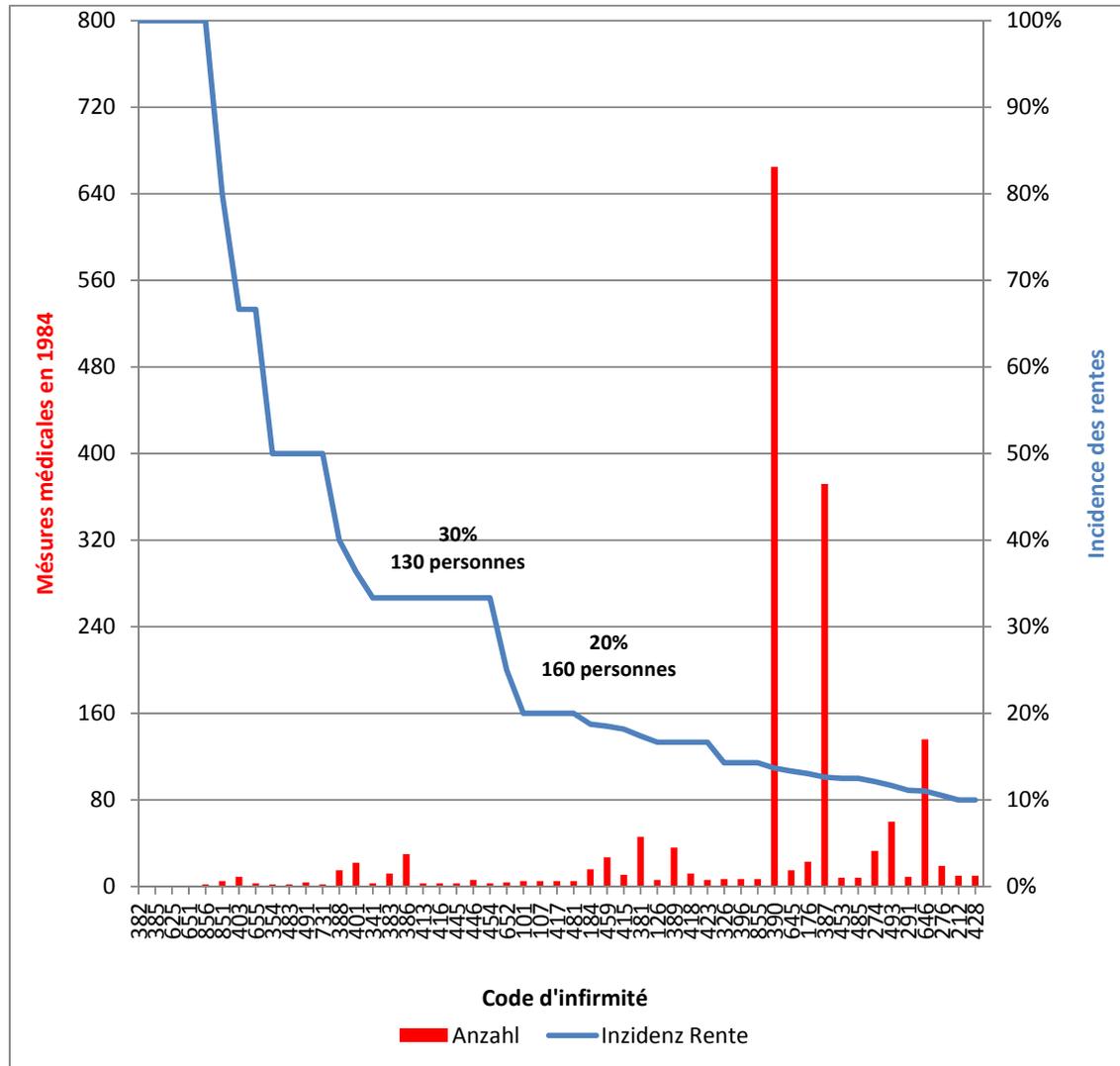
## 2.2 Bénéficiaires de mesures médicales en 1983 avec une rente de l'AI

Une étude a été menée afin de déterminer quels assurés n'avaient pas pu être réadaptés en raison de la gravité de leur infirmité congénitale, malgré des mesures médicales alors qu'ils étaient mineurs, et touchaient une rente AI par la suite. Sur les 17 000 assurés qui avaient obtenu des mesures médicales de l'AI en 1983, 10 %, soit 1700 cas, s'étaient vu octroyer une rente au cours de l'année (figure 12).

Les assurés qui avaient obtenu une rente le plus souvent, c'est-à-dire dans plus de 80 % des cas, étaient ceux qui présentaient une paralysie cérébrale (ch. 390 OIC) suivis, dans près de 50 % des cas, par ceux atteints d'épilepsie congénitale (ch. 387 OIC) puis, dans 20 % des cas, par ceux figurant sous le code 646 (troubles psychogènes ou en réaction au milieu, névroses, cas borderline et troubles simples du développement psychique).

Les infirmités congénitales qui n'avaient nécessité qu'une opération peu coûteuse pour le traitement de leurs troubles, c'est-à-dire les infirmités « peu importantes », n'avaient pas obtenu de rente : il s'agit par ex. des malformations congénitales de la hanche (ch. 170 coxa vara et 171 coxa antetorta), des hernies inguinales (ch. 303 OIC), de la cryptorchidie (ch. 355 OIC), des malformations dans la zone de l'angle maxillaire et des fissures maxillaires, labiales et palatines (ch. 201 à 210), ainsi que des prématurés avec un faible poids de naissance (ch. 494). Ces infirmités congénitales n'apparaissent donc pas sur la figure 12.

Figure 12 : Mesures médicales en 1983 et octroi de rente : incidence  $\geq 10\%$ , soit 1700 personnes sur 17 000



## **Annexe II : Différences entre l'AI et l'AMal**

Les prestations de l'AMal et de l'AI sont similaires pour ce qui est de leur type, mais pas pour ce qui est des conditions d'octroi et du financement. Les différences entre les deux assurances concernent les enfants qui touchent des mesures médicales de l'AI jusqu'à l'âge de 20 ans et dont le traitement médical se poursuit au-delà. Elles sont étudiées plus en détail ci-dessous pour ce qui est de l'étendue des prestations, des tarifs médicaux et du remboursement des coûts.

### **1 Différences dans l'étendue des prestations**

Les différences entre AI et AMal en ce qui concerne l'étendue des prestations s'observent surtout pour la psychothérapie, l'ergothérapie et la physiothérapie.

#### **1.1 Psychothérapie**

- L'AI prend en charge la psychothérapie quand les troubles psychiques sont des symptômes ou des conséquences d'une infirmité congénitale (cf. ch. 11 CMRM) et dans les troubles psychiques acquis (cf. ch. 76 et 645 à 647 / 845 à 847.3 ss. CMRM). La psychothérapie est octroyée sur indication médicale, dans le cadre d'une garantie de paiement, pour deux ans au maximum. Les demandes de prolongation sont examinées sur la base des faits constatés par le médecin au cours de la thérapie, de ses répercussions sur la vie quotidienne et d'un rapport circonstancié sur son déroulement ; le plan de traitement doit être compréhensible et faire ressortir ses objectifs.
- Une autre différence entre les deux assurances est que l'AI prend en charge le traitement des mineurs par des psychothérapeutes non médecins alors que l'AMal ne le fait que s'il s'agit d'une « psychothérapie déléguée », c'est-à-dire si le traitement est effectué dans le cabinet médical par des thérapeutes employés par un médecin, sous la surveillance et la responsabilité de ce dernier.
- L'AI octroie dans certains cas une psychothérapie aux mineurs si celle-ci soutient leur potentiel de réadaptation ; elle se montre là plus généreuse que l'AMal.
- L'AMal prend en charge au maximum 40 séances diagnostiques et thérapeutiques (art. 3 OPAS). Si la psychothérapie doit être poursuivie à la charge de l'AMal, le médecin traitant fournit dans les délais au médecin-conseil un rapport précisant les points suivants : type de maladie ; type, cadre, déroulement et résultats du traitement déjà effectué ; proposition de poursuite de la thérapie avec indication du but, des objectifs, du cadre et de la durée à prévoir.

#### **1.2 Physiothérapie**

- La physiothérapie comme mesure médicale en vue de la réadaptation au sens de l'art. 12 LAI n'est pas obligatoirement une mesure médicale de réadaptation. Elle ne l'est que si elle se distingue nettement du plan thérapeutique de la pathologie primaire, si elle concerne une maladie relativement stabilisée et si elle vise directement la réadaptation professionnelle (cf. ch. 60, 65 et 1004 ss. CMRM).
- L'AI octroie dans certains cas une physiothérapie aux mineurs si celle-ci soutient leur potentiel de réadaptation ; elle se montre là plus généreuse que l'AMal.
- L'AI octroie une physiothérapie dans le cadre de mesures médicales en vue de la réadaptation, comme pour une infirmité congénitale, pour deux ans au maximum. Les demandes de prolongation sont examinées sur la base des faits constatés par le médecin au cours de la thérapie, de ses répercussions sur la vie quotidienne et d'un rapport circonstancié sur son déroulement ; le plan de traitement doit être compréhensible et faire ressortir ses objectifs.
- L'AMal prend en charge neuf séances au maximum par ordonnance médicale, le premier traitement devant intervenir dans les cinq semaines qui suivent la prescription (art. 5, al. 2, OPAS). Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances (art. 5, al. 3, OPAS). Pour que la physiothérapie soit poursuivie à la charge de l'AMal après un traitement équivalant à 36 séances, le médecin traitant adresse un rapport au médecin-conseil et lui remet une proposition de prolongation dûment motivée. Le médecin-conseil examine la proposition et propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'AMal, en indiquant pour combien de séances et à quel moment le prochain rapport doit être présenté (art. 5, al. 4, OPAS). Pour les

assurés qui ont droit jusqu'à l'âge de 20 ans aux prestations prévues à l'art. 13 LAI, la prise en charge des coûts en cas de poursuite d'une physiothérapie déjà commencée s'effectue, après cet âge, au sens de l'al. 4 (art. 5, al. 5, OPAS).

### **1.3 Ergothérapie**

- Pour les handicapés physiques, l'ergothérapie peut constituer un complément nécessaire à la physiothérapie ou une mesure médicale de réadaptation indépendante. En vertu de l'art. 12 LAI, elle est à la charge de l'AI si elle ne fait pas partie, ni objectivement ni temporellement, du traitement de la maladie comme telle. En cas d'infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI, elle peut être octroyée pour deux ans. Les demandes de prolongation sont traitées par l'AI de la même manière que celles concernant la psychothérapie et la physiothérapie (cf. ch. 1014 à 1017 CMRM).
- L'AI octroie dans certains cas une ergothérapie aux mineurs si celle-ci soutient leur potentiel de réadaptation ; elle se montre là plus généreuse que l'AMal.
- L'obligation de prise en charge de l'AMal se limite aux thérapies qui procurent à l'assuré, en cas d'affections somatiques, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ou qui sont effectuées dans le cadre d'un traitement psychiatrique. Une jurisprudence concernant la prise en charge en cas de troubles du développement (CIM 10 : F82) précise à partir de quand la pathologie est reconnue par l'assurance. L'AMal prend en charge, sur prescription médicale, neuf séances au maximum, le premier traitement devant intervenir dans les huit semaines qui suivent la prescription (art. 6, al. 2, OPAS). Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances (art. 6, al. 3, OPAS). Pour que l'ergothérapie soit poursuivie à la charge de l'AMal après un traitement équivalent à 36 séances, le médecin traitant adresse un rapport au médecin-conseil et lui remet une proposition de prolongation dûment motivée. Le médecin-conseil examine la proposition et propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'AMal, en indiquant pour combien de séances et à quel moment le prochain rapport doit être présenté (art. 6, al. 4, OPAS). Pour les assurés qui ont droit jusqu'à l'âge de 20 ans aux prestations prévues à l'art. 13 LAI, la prise en charge des coûts en cas de poursuite d'une ergothérapie déjà commencée s'effectue, après cet âge, au sens de l'al. 4 (art. 6, al. 5, OPAS).

### **1.4 Traitements dentaires, chirurgie et orthopédie dento-faciales**

L'AI prend en charge jusqu'à l'âge de 20 ans les traitements dentaires ainsi que les examens d'orthopédie dento-faciale (céphalométriques) (des ch. 201 à 208 OIC) pour le traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 LPGA et de l'art. 13 LAI.

L'AMal prend en charge les traitements dentaires liés à une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a, l'al. 2, OPAS quand ils sont nécessaires après l'âge de 20 ans ou avant cet âge pour une personne assurée à l'AMal, mais pas à l'AI.

L'AMal prend en charge les traitements dentaires s'ils sont occasionnés par une maladie grave non évitable du système masticatoire, par une maladie générale grave ou ses séquelles, ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (art. 31 LAMal et art. 17 et 18 OPAS).

### **1.5 Produits alimentaires diététiques**

Pour les assurés qui souffrent d'une infirmité congénitale, notamment d'un trouble métabolique, et doivent prendre des produits diététiques à caractère médical, l'AI rembourse ceux qui figurent sur la liste correspondante (cf. annexe 2 CMRM). Leur nécessité médicale doit être prouvée et ils doivent être prescrits par un médecin. Cette ordonnance médicale, qui précise le dosage et la durée pendant laquelle ils doivent être pris, est revue régulièrement. Les assurés mineurs qui souffrent d'une intolérance à la gliadine perçoivent une contribution forfaitaire annuelle aux frais d'un régime spécial prescrit et surveillé par un médecin. L'AI prend également en charge des suppléments pour les aliments spéciaux en cas d'intolérance (maladie cœliaques par ex.).

L'AMal rembourse en principe uniquement les médicaments qui figurent sur la liste des spécialités, en vertu des art. 24 ss. en relation avec l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal. En principe, les aliments ne sont pas considérés comme des médicaments (cf. art. 4, al. 1, let. a, LPT). Il en va autrement quand les repas ne peuvent pas être préparés avec les produits disponibles dans le ménage, par exemple pour les patients présentant une maladie métabolique congénitale telle que la phénylcétonurie. Un tel régime est à qualifier

de médicament (Eugster in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, volume XIV, ch. 588, en relation avec ch. 617). Les produits diététiques spéciaux peuvent ainsi être considérés comme des mesures médicales, à condition qu'ils soient nécessaires à la vie, qu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique et que l'absence de traitement aboutisse à la mort. Une autre condition est qu'ils soient notifiés en tant qu'aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (liste FSMP).

### **1.6 Camps pour enfants**

L'AI participe au coût des mesures médicales dans le cadre de certains camps, les « semaines de thérapie intensive » destinées aux enfants présentant diverses pathologies telles que mucoviscidose, dialyse, CIMT (ergothérapie), hémophilie, myéloméningocèle ou scoliose. Ces camps ne sont pas pris en charge par l'AMal.

### **1.7 Frais de voyage**

L'AI prend en charge les frais de voyage nécessaires à l'exécution des mesures médicales de réadaptation (art. 90 RAI). A l'heure actuelle, le droit à cette prise en charge est réglé de manière très générale à l'art. 51 LAI pour toutes les mesures de réadaptation, ce qui explique pour une bonne part l'interprétation de plus en plus large de cette disposition. Le Tribunal fédéral a développé au fil des ans une pratique très généreuse dans l'octroi de frais de voyage, notamment parce qu'ils constituent une prestation accessoire dépendant de mesures de réadaptation. Et cette jurisprudence a eu des conséquences dans la pratique d'octroi des offices AI. La révision 6b ayant précisé pour chaque mesure de réadaptation la prise en charge des frais de voyage, ceux-ci devraient à nouveau se limiter aux frais nécessaires et effectivement liés à l'invalidité, comme le souhaitait initialement le législateur. Les mesures médicales de l'AI seront par ailleurs harmonisées avec celles de l'AMal, notamment du fait que, dans ce domaine, l'AI n'est en principe qu'un agent payeur différent pour la prise en charge de prestations identiques à celles de l'AMal (cf. ch. 1.3.4 dans le message relatif à la révision 6b de l'AI). Afin de rapprocher les règles applicables aux mesures médicales de l'AI de celles de l'AMal, des adaptations de la législation ont été discutées au Parlement dans le cadre de la révision 6b, en particulier la suppression des règles générales des frais de voyage visées à l'art. 51 LAI et, en contrepartie, l'introduction de nouvelles règles pour chacune des mesures : « Le principe du remboursement, tel qu'il existe dans l'assurance-maladie, sera appliqué aux mesures médicales. Autrement dit, les assurés paieront eux-mêmes les frais de voyage relatifs à la mise en œuvre de mesures médicales et seront remboursés par l'office AI sur présentation de justificatifs (tiers garant au lieu du tiers payant).(...) S'agissant des frais de voyage eux-mêmes, seule la part supplémentaire due au handicap de l'assuré (justifiant notamment le moyen de transport choisi) sera remboursée. » Cette règle permet d'harmoniser l'assurance-invalidité avec l'assurance-maladie, tant dans le type de frais pris en charge que dans le mode de paiement.

L'AMal, pour sa part, ne rembourse qu'une contribution aux frais de voyage. L'assurance prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500 francs par année civile (art. 26 OPAS).

## **2 Différences dans les tarifs et le remboursement**

### **2.1 Prestations médicales ambulatoires**

L'AI et l'AMal remboursent les prestations médicales ambulatoires sur la base de la structure tarifaire Tarmed ; dans l'AI, la valeur du point de taxe est de 0 fr. 92 pour les médecins libéraux et de 1 franc pour les hôpitaux tandis que, dans l'AMal, elle est fixée par les cantons et un peu plus basse en moyenne pondérée.

### **2.2 Traitements hospitaliers stationnaires**

Jusqu'à fin 2011, l'AI remboursait, pour les assurés domiciliés dans le canton, 80 % des coûts des traitements stationnaires, conformément au modèle des taxes hospitalières, et les cantons 20 %. Ces derniers ayant dénoncé la convention, l'AI prend en charge 90 % des coûts depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Dans le cadre de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI (révision 6b), la répartition 80/20 a été inscrite dans la loi par le nouvel art. 14<sup>bis</sup>. Dans l'AMal, les forfaits convenus en vertu de l'art. 49 LAMal reposent sur une structure nationale unique. Les cantons et les assurés se partagent la prise en charge des coûts, à hauteur de 45 % au maximum pour l'assurance et de 55 % pour le canton (art. 49a LAMal, mais un délai transitoire s'applique). Les prestations d'intérêt général ne sont pas intégrées à ces coûts.

### **2.3 Analyses de laboratoire et médicaments**

Le type et le mode de remboursement des analyses de laboratoire, des médicaments et des moyens auxiliaires ne sont réglés ni dans la LAI ni dans des conventions tarifaires. L'OPAS a pour base légale le droit fédéral (art. 52 LAMal). L'AI prend en charge les mêmes prestations que l'AMal.

### **2.4 Organisations d'aide et de soins à domicile**

L'AI n'a pas signé de convention tarifaire avec les organisations d'aide et de soins à domicile. Elle rembourse leurs prestations médicales conformément aux dispositions du nouveau régime de financement des soins dans l'AMal, qui prévoit depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 une participation en francs aux prestations de soins (cf. annexe III, ch. 2.2 à la p. 51). Contrairement à l'AMal, l'AI ne prend pas en charge les soins de base purs en tant que prestations en nature ; ces soins sont financés par des prestations en espèces forfaitaires (allocation pour impotent et supplément pour soins intenses) sur la base de l'art. 42<sup>ter</sup> LAI.

### **2.5 Physiothérapie, ergothérapie et chiropraxie**

Les structures tarifaires sont les mêmes pour l'AI et l'AMal mais, comme pour les prestations médicales ambulatoires, la valeur des points de taxe diffère. Elle est généralement fixée au niveau national pour l'AI et au niveau cantonal pour l'AMal.

### **2.6 Psychothérapie**

L'AI rembourse les prestations des psychothérapeutes reconnus par la convention tarifaire à hauteur de 142 francs l'heure. L'AMal ne rembourse pas la psychothérapie non médicale, non reconnue comme psychothérapie déléguée ni facturée selon Tarmed, qui doit être financée par les assurés ou par une assurance complémentaire. En revanche, elle prend en charge la psychothérapie médicale (y compris les psychothérapies dites déléguées par des médecins).

### **2.7 Conseils diététiques et conseils aux diabétiques**

L'AI rembourse les conseils diététiques en ambulatoire conformément à la convention tarifaire AA/AM/AI, en résidentiel conformément aux tarifs de H+. Les conseils aux diabétiques en ambulatoire sont remboursés à l'hôpital selon le tarif de H+. L'AMal prend également en charge ces prestations à condition qu'elles soient fournies sur prescription ou sur mandat médical (art. 9b et 9c OPAS).

### **2.8 Traitements dentaires, chirurgie et orthopédie dento-faciales**

L'AI rembourse les traitements dentaires, ainsi que la chirurgie et l'orthopédie dento-faciales, dans le cadre des infirmités congénitales 201 à 210 selon les tarifs de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO). L'orthodontie dento-faciale constitue 70 % des prestations SSO remboursées par l'AI. Les prestations de chirurgie dento-faciale sont prises en charge conformément au tarif SSO et à Tarmed, car pratiquement tous les spécialistes de chirurgie dento-faciale sont également au bénéfice d'une autorisation en tant que dentistes. Ces examens sont remboursés par l'AMal à condition d'être nécessaires après l'âge de 20 ans.

### **2.9 Transports effectués par les Samaritains et la REGA**

L'AI rembourse les transports effectués par les Samaritains qui ne sont pas couverts par les forfaits journaliers ou les forfaits DRG, conformément aux conventions tarifaires AA/AM/AI conclues avec

certaines hôpitaux et certaines entreprises de transport. En vertu de l'art. 26 OPAS, l'AMal prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500 francs par année civile.

### **3 Participation aux coûts**

En vertu de l'art. 64 LAMal, la participation aux coûts des prestations dont bénéficient les assurés comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part. Pour les enfants (jusqu'à 18 ans), aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, la franchise ordinaire est à 300 francs et la quote-part annuelle maximale à 700 francs. Il est possible de choisir une franchise plus élevée pour les enfants comme pour les adultes.

## **Annexe III : Bases légales**

Nous présentons dans cette annexe la législation fédérale sur l'AI, l'AMal et l'AA.

### **1 Assurance-invalidité**

Ce chiffre retrace les origines de la législation applicable aux domaines de l'AI et les interventions parlementaires, avant de faire le tour des bases légales de l'AI actuellement en vigueur.

#### **1.1 Origines de la législation en vigueur et des divers régimes d'assurance**

Au moment de la création de l'assurance-invalidité (AI), le statut des infirmités congénitales n'était pas défini dans le régime des assurances sociales : les enfants handicapés souffrant de ces affections ne bénéficiaient d'aucune prise en charge et leurs familles supportaient de lourdes charges financières. Les infirmités congénitales n'étaient en effet assimilées ni à une maladie ni à un accident, de sorte que les caisses-maladie pouvaient refuser de servir leurs prestations aux personnes qui en souffraient déjà. Il a fallu attendre l'adoption de l'art. 13 LAI pour combler cette lacune de notre régime de sécurité sociale et classer le traitement des infirmités congénitales parmi les mesures de réadaptation de l'AI. Au même moment où il mettait la LAI en vigueur, le législateur assimilait en outre les infirmités congénitales à la maladie à la faveur de la révision de la loi sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA) de mars 1964. Même si cette assimilation était déjà un progrès, l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996 de la LAMal entièrement révisée a encore précisé la prise en charge. Ainsi, l'art. 27 LAMal indique expressément que, en cas d'infirmité congénitale non couverte par l'AI, l'assurance obligatoire des soins (AMal) prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. En conséquence, l'AMal rembourse, pour toutes les infirmités congénitales que l'AI ne reconnaît pas, les prestations LAMal « ordinaires », pour autant que le traitement en question soit scientifiquement efficace, approprié et économique (critères EAE). Après examen des conditions d'octroi, l'AI prend en charge les mesures médicales nécessaires pour toutes les infirmités congénitales figurant sur la liste (cf. l'annexe à l'ordonnance concernant les infirmités congénitales [OIC]).

#### **1.2 Modifications apportées aux mesures médicales à partir de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI**

Le message du Conseil fédéral concernant la 5<sup>e</sup> révision de l'AI a abordé la question du transfert des mesures médicales de réadaptation à l'AMal. Il justifiait cette mesure en ces termes : « étant donné qu'il s'agit généralement en premier lieu de remédier à un état pathologique, la délimitation d'une mesure médicale liée à la réadaptation professionnelle par rapport au traitement proprement dit d'une affection est en soi très problématique et elle n'est pas toujours compréhensible ni pour les assurés ni pour les assurances. En conséquence, les décisions attaquées par voie judiciaire sont nombreuses. Depuis l'introduction de l'AMal obligatoire le 1<sup>er</sup> janvier 1996, tous les assurés sont couverts pour les mesures médicales en cas d'atteintes à la santé, indépendamment de leur cause. Si l'art. 12 LAI est supprimé, les mesures médicales actuellement prises en charge par l'AI seront répercutées sur l'AMal, les assurés et les cantons (financement des hôpitaux) » (cf. le message concernant la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, ch. 1.6.3.2). Il est ressorti de la consultation des offices que les prestations médicales pour mineurs qui entrent dans le cadre de l'art. 12 LAI continueront à être financées par l'AI. Cette décision était motivée par le fait que, pour les mineurs en particulier, le principe « La réadaptation prime la rente » ne doit pas être remis en question du fait des différences de couverture des prestations médicales entre l'AI et l'AMal.

#### **1.3 Interventions parlementaires postérieures à la 5<sup>e</sup> révision de l'AI**

Suite à l'entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI le 1<sup>er</sup> janvier 2008, la question de la coordination de la prise en charge des mesures médicales entre l'AI et l'AMal a fait l'objet des interventions parlementaires suivantes.

#### **Iv. Pa. 07.451 Rossini. Assurance-invalidité. Infirmités congénitales après 20 ans**

Par cette initiative parlementaire, déposée le 22 juin 2007, il était demandé au Conseil fédéral de réviser l'art. 13 LAI en vue d'élever, voire de supprimer la limite d'âge de 20 ans, déterminant la fin du droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales. L'initiant relevait que la perte

du droit aux mesures médicales subie par l'assuré une fois passé cet âge et le passage de l'AI à l'AMal pouvaient se révéler problématiques à plusieurs égards qui tiennent à des difficultés de coordinations entre les assurances sociales (notamment en matière de garantie des droits acquis), aux charges financières supplémentaires supportées par l'assuré (franchise et quote-part LAMal, non-paiement de certains frais par l'AMal alors qu'ils étaient couverts par l'AI), à la remise en question de certains traitements ou de certains médicaments, voire aux ruptures de traitements.

La CSSS-N a, dans un premier temps, proposé de donner suite à l'initiative le 8 novembre 2007, contrairement à la CSSS-E qui a décidé de ne pas y donner suite le 19 février 2008.

En deuxième lecture, le 25 avril 2008, la CSSS-N a envisagé de déposer elle-même une motion visant à faciliter le transfert de la prise en charge des personnes souffrant d'infirmités congénitales de l'AI à l'AMal, lorsque ces personnes ont plus de 20 ans. La CSSS-N a finalement repoussé le traitement de cet objet à sa prochaine séance.

Le 19 juin 2008, la CSSS-N a été informée que des négociations étaient en cours entre l'OFSP et l'OFAS dans le but de faciliter les modalités administratives du passage de l'AI à l'AMal. Ces négociations ont abouti à une modification de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS, 832.112.31) avec pour effet une prise en charge équivalente dans l'AMal à celle dont les assurés bénéficiaient sous le régime de l'AI. L'allègement des modalités administratives, obtenu par la modification de l'OPAS, concerne en particulier la prise en charge des traitements physiothérapeutiques et ergothérapeutiques de longue durée. En effet, l'OFAS et l'OFSP ont comparé les modalités d'examen prévues par l'assurance obligatoire des soins (AMal) et celles de l'AI. Il est apparu dans le cadre de cet examen que certains assureurs-maladie interprétaient mal une disposition de l'ancien droit, reprise dans l'OPAS, en ne prenant à charge les prestations de physiothérapie ou d'ergothérapie que jusqu'à un plafond de 9 séances sur trois mois, ce qui peut s'avérer insuffisant pour des assurés souffrants d'infirmités congénitales graves ou de certaines maladies chroniques. L'OFSP a soumis au DFI des modifications de l'OPAS (notamment art. 5 et 6) simplifiant sur le plan administratif l'examen et la procédure d'approbation des dépenses, réglant le passage de l'AI à la LAMal et empêchant d'interpréter l'OPAS dans le sens d'une limite quantitative.

La CSSS-N a, le 28 octobre 2009, proposé de ne pas donner suite à l'initiative en raison des conséquences financières qui découleraient du relèvement, voire de la suppression de la limite d'âge de 20 ans, soit quelque 500 millions de francs supplémentaires à charge de l'AI. Après avoir examiné, d'une part, si les modifications de l'OPAS étaient suffisantes pour régler le problème ou si le mandat devait être étendu afin de couvrir les cas d'infirmités congénitales et, d'autre part, s'il fallait relever ou tout simplement supprimer la limite d'âge au-delà de laquelle le droit à la prise en charge des mesures médicales par l'AI en cas d'infirmité congénitale s'éteint, la CSSS-N a voté une motion de commission visant le même objectif, à savoir la garantie de la prise en charge des prestations après le passage dans l'AMal, mais sans les conséquences financières qui découlaient de l'intervention parlementaire Rossini.

A sa séance du 28 septembre 2010, le Conseil national a rejeté l'intervention parlementaire 07.451 Rossini (118 voix contre 62) et adopté la motion 09.3977 CSSS-N (163 voix contre 13).

#### **Mo 09.3977 CSSS-N. Assurance invalidité. Infirmités congénitales après 20 ans**

La motion de la CSSS-N charge le Conseil fédéral d'édicter des dispositions légales garantissant la couverture pécuniaire et l'accès au traitement (notamment les médicaments) et aux prestations (notamment les aliments spéciaux et la physiothérapie nécessaire) pour les personnes atteintes de la mucoviscidose et d'affections congénitales comparables, après la limite de 20 ans qui détermine la fin du droit aux prestations de l'AI pour les infirmités congénitales.

Dans sa réponse du 5 mars 2010, le Conseil fédéral a proposé le rejet de la motion, au motif que le système actuel permet de garantir la continuité des traitements à la charge de l'assurance sociale et de ne pas interrompre la prise en charge des coûts. En effet, l'AI prend en charge les coûts des traitements médicaux destinés à soigner les affections congénitales telles que la mucoviscidose jusqu'à ce que le patient atteigne l'âge de 20 ans. L'assurance obligatoire des soins (AMal) est ensuite tenue de rembourser les prestations pour ces mêmes personnes au même titre qu'en cas de maladie (art. 27 LAMal).

Le Conseil fédéral relève néanmoins que ce système implique que les autres dispositions de la LAMal (participation aux coûts et prise en charge moindre des frais de transport par rapport à l'AI) s'appliquent également aux personnes atteintes d'affections congénitales. En outre, l'AMal ne prévoit aucune contribution financière pour couvrir les dépenses supplémentaires dues à la maladie (logement,

alimentation, mobilité, etc.). Dans ce domaine, le Conseil fédéral est d'avis qu'il n'y a pas lieu de prendre des mesures, aucun argument objectif ne permettant de justifier un traitement particulier des infirmités congénitales par rapport aux « autres » maladies.

En ce qui concerne les aliments spéciaux, le Conseil fédéral souligne le fait qu'ils n'entrent pas dans la catégorie des médicaments au sens de la LAMal ni, par conséquent, dans le champ d'application de l'art. 52, al. 2, LAMal. Par contre, il en va autrement lorsque l'alimentation ne peut être préparée à partir de produits de consommation courante. C'est pourquoi les aliments diététiques spéciaux destinés aux personnes souffrant de troubles rares du métabolisme (intolérance au lait de vache jusqu'à l'âge de 6 mois, phénylcétonurie, par ex.) et pour lesquels il n'existe aucune autre méthode de traitement sont pris en charge par l'AMal. Les personnes atteintes de la maladie cœliaque ou de mucoviscidose, quant à elles, peuvent se nourrir avec des produits de consommation courante. Une réglementation spéciale pour les personnes atteintes de ces maladies et devant suivre un régime sans gluten ou hautement calorique n'est donc pas indiquée car contraire au principe de l'égalité de traitement. Par ailleurs, de nombreuses personnes atteintes de maladies acquises comme le diabète, la bronchite chronique, le cancer ou les maladies rénales doivent également suivre un régime particulier.

La motion 09.3977 CSSS-N a été adoptée par le Conseil national le 28 septembre 2010 (par 163 voix contre 13).

Le 1<sup>er</sup> février 2011, la CSSS-E a proposé de rejeter la motion (par 8 voix contre 3). Une minorité a proposé son adoption.

La motion a été rejetée le 1<sup>er</sup> mars 2011 par le Conseil des Etats (par 19 voix contre 13), entraînant ainsi le classement de cette affaire.

#### **Mo 10.3204 Wehrli. Prise en charge par l'assurance-maladie des mesures médicales actuellement remboursées par l'AI**

Cette motion charge le Conseil fédéral de présenter au Parlement un projet de loi qui intégrera dans le système de l'assurance obligatoire des soins les mesures médicales actuellement remboursées par l'AI en vertu de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI). Cette mesure permettrait, selon le motionnaire, de réduire durablement et efficacement la dette du nouveau Fonds AI.

Selon le motionnaire, la réglementation particulière relative aux infirmités congénitales, qui avait toute sa raison d'être en 1960, peut être supprimée. Ce transfert à l'AMal se justifie d'autant plus que le droit aux mesures médicales de l'AI s'éteint à l'âge de 20 ans et qu'à partir de ce moment-là, celles-ci sont remboursées par l'assurance-maladie. Le motionnaire estime également qu'il ne s'en suivrait aucune réduction des prestations, puisqu'il s'agirait simplement d'un transfert des prestations médicales qui concernent les enfants et les jeunes adultes. Les relations avec les personnes concernées, les fournisseurs de prestations et les assureurs s'en trouveraient simplifiées. Enfin, cela permettrait de garantir l'égalité de traitement de toutes les personnes concernées, qu'elles aient besoin de soins en raison d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Du point de vue financier, le transfert des dépenses relatives aux mesures médicales de l'AI vers l'assurance-maladie permettrait l'assainissement de l'AI. Une augmentation des primes de l'assurance-maladie devrait toutefois être prise en compte.

Dans sa réponse du 11 juin 2010, le Conseil fédéral a proposé de rejeter la motion pour les motifs suivants :

- Le transfert préconisé entraînerait un report des coûts de 735 millions de francs dans le système de l'assurance obligatoire des soins, ce qui entraînerait une augmentation des primes de 3 à 4 % ;
- Cela est d'autant plus injustifié que le financement de l'AI en fonction du revenu serait remplacé par un financement indépendant du revenu dans le système de l'AMal ;
- Les prestations de l'AMal sont soumises à une participation aux coûts de la part du bénéficiaire (franchise et quote-part) ;
- Le transfert proposé, même s'il permettrait de participer à l'assainissement de l'AI, prêterait l'objectif du Conseil fédéral de maîtriser les coûts de l'AMal.

La motion a été classée le 12.12.2011, suite à la démission de son auteur.

### **Mo 11.3263 Rossini. Coordination des assurances sociales et garantie des prestations**

Cette motion, déposée le 18 mars 2011, charge le Conseil fédéral de modifier la LPGA (chapitre 5, coordination des prestations) afin de garantir la continuité des soins et des prestations et leur financement lors du passage d'une assurance sociale à l'autre, lorsque l'état de santé du bénéficiaire de prestations n'est pas modifié, plus particulièrement s'agissant du traitement des infirmités congénitales. Le but est d'assurer la meilleure des coordinations possibles entre les assurances sociales en matière d'infirmités congénitales.

Dans sa réponse du 18 mai 2011, le Conseil fédéral propose de rejeter la motion, en se basant sur les réponses qu'il a données dans le cadre de l'intervention parlementaire 07.451 Rossini et de la motion 09.3977 CSSS-N. Le Conseil fédéral indique « qu'il reste d'avis qu'il n'y a pas lieu de prendre des mesures dans ce domaine, notamment parce qu'aucun argument objectif ne permet de justifier un traitement particulier des infirmités congénitales par rapport aux « autres » maladies. Ainsi, concernant les charges financières découlant du changement de couverture d'assurance sociale, ne pas tenir compte de la part à charge de l'assuré LAMal (franchise et quote-part) en matière d'infirmité congénitale reviendrait à provoquer une inégalité de traitement injustifiée parmi les assurés. En particulier, cela représente une inégalité de traitement entre les personnes souffrant de maladies graves ou chroniques. En tous les cas, la participation aux coûts dans l'assurance maladie obligatoire des soins est limitée pour toutes les personnes (franchise, quote-part) ».

Cette motion n'a pas encore été débattue au Parlement.

## **1.4 Mesures médicales de l'assurance-invalidité**

### **Conditions d'octroi des mesures médicales**

Il y a lieu de distinguer les conditions générales d'octroi (art. 12 LAI) de celles qui s'appliquent aux infirmités congénitales (art. 13 LAI), précisées dans l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC). Le droit aux mesures médicales en cas d'infirmité congénitale prend naissance au plus tôt à la naissance accomplie de l'enfant (art. 2, al. 1, OIC) et prend fin en principe à l'âge de 20 ans, tant en vertu de l'art. 12 que de l'art. 13 LAI. Cette disposition s'applique aussi au cas de l'assuré atteint d'une infirmité congénitale qui bénéficie d'une mesure entreprise avant ce délai (art. 3 OIC). 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. 2, al. 3, OIC). Lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que 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 se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale (art. 2, al. 2, OIC). Lorsqu'un enfant au sens de l'art. 9, al. 3, let. b, LAI est né invalide à l'étranger, l'assurance-invalidité prend à sa charge les prestations en cas d'infirmité congénitale de l'enfant pendant trois mois après la naissance dans la mesure où elle aurait été tenue de les accorder en Suisse.

Les art. 12 et 13 concernent pour l'essentiel les prestations suivantes :

- Mesures médicales de l'AI, directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, qui sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement des travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable (art. 12, al. 1, LAI). En vertu de l'art. 12, al. 2, le Conseil fédéral est autorisé à délimiter ces mesures de celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle et, en particulier, à préciser la nature et l'étendue des mesures incombant à l'assurance et régler la naissance et la durée du droit aux prestations.
- Mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 13 LAI, art. 3, al. 2, LPGA). En 1965, le Conseil fédéral a annexé à l'OIC une liste exhaustive des infirmités congénitales donnant droit aux prestations. Depuis son approbation, cette liste a été entièrement revue à trois reprises. « Sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes 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 » (art. 1, al. 1, OIC). « Le DFI 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 » (art. 1, al. 2, OIC). Lorsque l'adaptation dépasse ce plafond, l'OFAS soumet une recommandation au Conseil fédéral. Pour supprimer ou ajouter des infirmités congénitales sur la liste, l'OFAS consulte les délégués des sociétés médicales spécialisées dans le

domaine, ceux des organisations d'aide aux handicapés et ceux des organes d'exécution. En 2011, l'OFAS a ainsi créé un groupe de travail ad hoc pour formuler des recommandations relatives au SPO/THADA précoce (ch. 404 de l'OIC). On comptait en année-2011 à 100 150 enfants traités sur la base de ce diagnostic pour un montant de 671 millions de francs.

- Le traitement de blessures et d'infections, ainsi que des maladies internes et parasitaires, ne rentre pas dans les mesures médicales dans l'AI. Les modalités sont réglées par la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité (CMRM) de l'OFAS.

### **Octroi de mesures médicales**

Après qu'il a reçu la demande de prestations et vérifié que les conditions donnant droit aux mesures médicales sont remplies, l'office AI octroie la mesure médicale.

### **Étendue et durée des mesures médicales**

En vertu de l'art. 14 LAI, les mesures médicales comprennent :

- Le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice ;
- Les médicaments ordonnés par le médecin ;
- La nourriture et le logement en division commune, si le traitement a lieu dans un établissement hospitalier ou de cure.
- Pour décider si le traitement aura lieu à domicile ou dans un établissement, l'assurance tiendra équitablement compte des propositions du médecin traitant et de la situation personnelle de l'assuré.

En vertu de la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité, la durée des mesures de psychothérapie, d'ergothérapie et de physiothérapie (ch. 645 à 647 et 845 à 847.5 CMRM) est en règle générale limitée à deux ans dans l'AI. L'octroi de ces mesures peut être prolongé d'un an sur indication médicale, à condition que des objectifs concrets soient formulés, dans le but de favoriser la scolarisation. Le SMR analyse d'habitude ces cas. Lorsque les mesures médicales se révèlent coûteuses (par ex. interventions orthopédiques ou chirurgies cardiaques onéreuses), les offices AI demandent, sur recommandation du médecin du SMR, une deuxième opinion à des spécialistes externes.

### **Nature des mesures médicales**

Aux art. 2, 3, 3<sup>bis</sup>, 3<sup>ter</sup>, 4<sup>bis</sup> 4<sup>ter</sup> et 24, al. 2, le règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) précise la nature des mesures médicales, et plus particulièrement en ces termes :

« Sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Ces mesures doivent être considérées comme 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).

Si l'AI se réfère en l'occurrence, à l'instar de l'AMal, aux listes en vigueur applicables à l'AMal, soit la liste des spécialités (LS), la liste des analyses (LA, annexe 3 à l'OPAS) et la liste des moyens et appareils (LiMA, annexe 2 à l'OPAS), elle n'est cependant pas liée par ces prescriptions et peut prendre à sa charge des prestations qui vont au-delà, comme le Kuvan dans des cas exceptionnels (alors qu'il ne figure pas sur la LS), des appareils auditifs, certaines orthèses, etc. L'AI se rallie en principe aux décisions de l'AMal et n'exerce dès lors pas d'influence directe sur l'admission de nouveaux médicaments ou sur les prix des médicaments. Pour certaines prestations, l'AI adapte sans formalité d'autres tarifs (c'est le cas des soins de santé à domicile), lorsqu'aucune convention tarifaire ne s'applique et que la conclusion de conventions tarifaires de l'AI engendrerait des frais disproportionnés.

Si les soins sont donnés dans un établissement, l'assurance prend également en charge les actes ressortissant au traitement de l'affection comme telle, aussi longtemps que le séjour dans cet établissement sert principalement à l'exécution de mesures de réadaptation.

### **Libre choix de l'assuré**

L'assuré a le libre choix entre les médecins, dentistes et pharmaciens titulaires du diplôme fédéral, ainsi que parmi le personnel paramédical, pour autant que celui-ci satisfasse aux prescriptions cantonales et aux exigences de l'assurance (art. 26 et 26<sup>bis</sup> LAI).

### **Tarifs et remboursement par l'assurance-invalidité**

Les art. 27 et 27<sup>bis</sup> LAI règlent les modalités des conventions tarifaires :

« Le Conseil fédéral est autorisé à conclure des conventions avec le corps médical, avec les associations des professions médicales et paramédicales, avec les établissements et les ateliers qui appliquent les mesures de réadaptation, et avec les fournisseurs de moyens auxiliaires, afin de régler leur collaboration avec les organes de l'assurance et de fixer les tarifs » (art. 27 LAI). Les conventions prévues sont conclues par l'Office fédéral des assurances sociales, qui peut établir une liste des personnes et des institutions satisfaisant aux exigences de l'assurance (art. 24, al. 1 et 2, RAI). En l'absence de convention, le Conseil fédéral peut fixer les montants maximums des frais des mesures de réadaptation qui sont remboursés à l'assuré. Pour les personnes et institutions qui appliquent des mesures de réadaptation sans avoir adhéré à une convention, les qualifications professionnelles fixées contractuellement valent comme exigences minimales de l'assurance et les tarifs établis par convention comme montants maximums (art. 24, al. 3, RAI).

Dans l'AI, le remboursement de mesures médicales obéit au principe du tiers payant. En d'autres termes, c'est l'assureur – et non l'assuré – qui est le débiteur du fournisseur de prestations (le médecin, par ex.). Les versements en faveur des fournisseurs de prestations se font par le truchement de la Centrale de compensation (CdC).

À l'occasion de l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les assureurs ont créé la Commission des tarifs médicaux (CMT) pour préparer et conclure les conventions tarifaires et pour résoudre ensemble d'autres questions ressortissant aux tarifs médicaux applicables aux organismes responsables de l'assurance-accidents obligatoire. L'organe exécutif de la CMT est le Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM), dirigé par la Suva.

Etant donné que les principes applicables à l'AI et à l'assurance militaire (AM) sont les mêmes que pour l'AA, ces assurances sociales collaborent au sein de la CMT et adoptent en règle générale les tarifs de l'AA, ce qui a abouti au régime tarifaire médical des « assureurs sociaux fédéraux »

Ne disposant pas de suffisamment de ressources en personnel pour conclure ses propres conventions tarifaires, l'AI collabore avec les assureurs LAA tant dans des groupes de travail qu'au sein de la CMT. Si elle n'a pas de droit de vote à la CMT où elle siège en tant qu'expert, l'AI a néanmoins la possibilité d'exercer une influence sur la structure tarifaire grâce à sa présence dans ces instances. Etant donné que la gamme de prestations de l'AI dans le domaine des mesures médicales comprend pour ainsi dire exclusivement des traitements de maladie, elle est comparable pour l'essentiel avec celle de l'AMal, mais non avec celle de l'AA. Le point de taxe du TARMED de l'AI pour les traitements médicaux ambulatoires s'aligne sur celui de l'AA et s'élève actuellement à 92 centimes, tandis que les points de taxe de la LAMal pour les prestations médicales en cabinet privé varient de 78 à 97 centimes en fonction du canton. Toutefois, l'AI a des difficultés à formuler des solutions indépendantes, qui immobiliseraient des ressources considérables (indisponibles à l'heure actuelle).

## **2 Assurance-maladie**

En vertu de l'art. 1a LAMal, l'assurance-maladie sociale comprend l'assurance obligatoire des soins (AOS) et une assurance facultative d'indemnités journalières ; elle alloue des prestations en cas de maladie, d'accident (dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge) et de maternité. Dans une certaine mesure, l'AOS prend aussi en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés (art. 26 LAMal).

## **2.1 Etendue des prestations de l'assurance-maladie**

### **Conditions générales d'octroi des prestations**

Toute personne a droit aux prestations de l'AOS lorsqu'elle est assurée au moment du traitement et qu'aucun autre assureur social ne doit prendre les frais de traitement en charge. Pour que les prestations soient remboursées, il faut que le traitement appliqué soit reconnu par la LAMal et soit, dans le cas concret, efficace, approprié et économique (art. 32, al. 1, LAMal).

L'AOS prend en charge les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social, les soins dispensés dans un hôpital, ainsi que les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (art. 25, al. 2, LAMal).

### **Prestations médicales**

Le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'AOS ou le sont à certaines conditions (art. 33, al. 1, LAMal). Il détermine de plus dans quelle mesure l'AOS prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation (art. 33, al. 3, LAMal). Se fondant sur l'art. 33, al. 5, LAMal, le Conseil fédéral a délégué l'ensemble des tâches précitées au Département fédéral de l'intérieur (DFI) (art. 33 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal ; RS 832.102]). Il se fait par ailleurs conseiller par des commissions afin de désigner les prestations (art. 33, al. 4 LAMal).

Le régime obligatoire de la fourniture de prestations décrit à l'art. 33, al. 1, LAMal signifie que, en principe, toutes les prestations médicales sont prises en charge, sauf dispositions contraires. Il s'ensuit que l'obligation de prise en charge est implicitement présumée pour les prestations médicales diagnostiques et thérapeutiques (principe de confiance). L'autorité réglementaire peut exclure des traitements nouveaux des prestations obligatoires jusqu'à ce qu'ils aient satisfait à un examen méthodique de leur efficacité, de leur adéquation et de leur caractère économique (art. 33, al. 3, LAMal). Elle a également la possibilité de n'autoriser la technique ou la méthode nouvelle que pour des indications déterminées, dès lors que les dispositions de l'art. 32, al. 1, LAMal ne sont remplies que dans ce seul domaine, ou de faire dépendre leur autorisation d'une qualification particulière du fournisseur de prestations (art. 58, al. 3, let. b, LAMal). Elle peut enfin autoriser la prestation en cours d'évaluation à l'essai et sous réserve de satisfaction définitive aux conditions de l'art. 32 LAMal.

Contrairement aux médicaments, analyses, moyens et appareils, prestations de médecine préventive, prestations en cas de maternité et prestations non fournies par un médecin, qui font l'objet de listes exhaustives (dites positives), les prestations médicales à visée thérapeutique figurent sur une liste ouverte ou, plus exactement, dans un catalogue non exhaustif et restreint appelé « Catalogue négatif ou conditionnel ». Intégrée à l'OPAS, dont elle constitue l'annexe 1, cette liste énumère pour bon nombre de prestations les conditions de prise en charge, telles que :

- Restriction à certaines indications
- Limitations dans le temps de l'obligation de prise en charge avec évaluation par le fournisseur de prestations

L'annexe 1 de l'OPAS a aussi recours à diverses façons de désigner les fournisseurs de prestations :

- Désignation explicite des centres dont les processus, l'équipement et les infrastructures satisfont aux exigences
- Description des conditions susceptibles de garantir la qualité des structures et des processus
- Limitation aux centres ou aux fournisseurs de prestations qui participent à une évaluation
- Satisfaction des conditions fixées dans un document de référence adopté par des organisations spécialisées
- Fournisseurs de prestations désignés ou certifiés par les sociétés spécialisées

### **Soins dentaires**

Si les traitements dentaires ne font en principe pas partie des prestations prises en charge, l'art. 31 LAMal prévoit néanmoins, pour les cas qui relèvent de la maladie, certaines exceptions énumérées de façon exhaustive aux art. 17 à 19a OPAS (cf. ATF 130 V 464). L'art. 31, al. 2, LAMal régit le traitement des lésions causées par un accident.

L'AOS prend en charge les soins dentaires lorsqu'ils sont

- Occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (art. 31, al. 1, let. a, LAMal en relation avec art. 17 OPAS) ou
- Occasionnés par une maladie grave ou ses séquelles (art. 31, al. 1, let. b LAMal en relation avec art. 18 OPAS) ou
- Nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (art. 31, al. 1, let. c LAMal en relation avec art. 19 OPAS).

Pour distinguer les soins dentaires des mesures médicales, il faut retenir deux critères (cf. l'ATF 128 V 143) : le point d'application du traitement et le but thérapeutique visé par ce dernier. Les traitements dentaires sont des mesures thérapeutiques appliquées à l'appareil masticatoire (point d'application du traitement). Lorsque la mesure vise un but thérapeutique différent de l'amélioration de la fonction dentaire (but thérapeutique), il s'agit d'un traitement médical au sens de l'art. 25 LAMal, et ce même si le traitement s'applique à l'appareil masticatoire. Lorsqu'il n'est pas possible d'attribuer clairement le traitement, il faut accorder plus d'importance au but thérapeutique (cf. notamment l'ATF 128 V 143).

#### Coordination avec l'AI

L'AOS prend à sa charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale, au sens de l'art. 19a, al. 2 OPAS, lorsque les traitements sont nécessaires après la 20<sup>e</sup> année (art. 19a, al. 1, let. a, OPAS). En vertu de l'art. 19a, al. 1, let. a, OPAS, un traitement dentaire est nécessaire lorsque, pour des raisons médicales, le traitement n'est requis qu'après la 20<sup>e</sup> année. Les maladies de l'appareil masticatoire traitées aux frais de l'AI peuvent, lorsqu'un nouveau traitement est nécessaire après la 20<sup>e</sup> année, fonder l'obligation de l'AOS de prendre en charge les soins dentaires (cf. l'arrêt 48/03 = RAMA 2004, KV 296, 352). La jurisprudence n'a pas encore tranché la question de savoir si le dépôt d'une demande à l'AI avant l'âge de 20 ans est nécessaire pour donner droit aux prestations (cf. l'arrêt KV 61/97).

Les soins dentaires dispensés avant la 20<sup>e</sup> année à la suite d'une infirmité congénitale sont aussi à la charge de l'AOS lorsque l'assuré ne remplit pas la clause d'assurance au sens de l'art. 6 LAI (art. 27 LAMal, art. 19a, al. 1, let. b, OPAS, cf. l'ATF 126 V 103).

Les traitements dentaires n'ouvrent droit aux prestations de l'OPAS que lorsque les conditions de l'art. 31, al. 1, LAMal sont remplies, ce qui n'est pas garanti pour tous les cas visés par l'art. 19a, al. 2, OPAS (cf. notamment l'ATF 129 V 80). Il faut dès lors examiner pour chaque cas si les conditions de l'art. 31, al. 1, LAMal sont remplies.

### **Personnes prodiguant des soins sur prescription médicale (fournisseurs paramédicaux)**

Les prestations des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des infirmières, des diététiciens et des conseillers en diabète sont prodiguées sur ordonnance médicale (art. 35, al. 2, let. e, LAMal, art. 46 ss. OAMal et art. 5 ss. OPAS). Les art. 5 et suivants OPAS déterminent les prestations prises en charge.

#### Rémunération

Les fournisseurs de prestations et les assureurs fixent des tarifs applicables à la rémunération des prestations dispensées à la charge de l'assurance (art. 43 ss. LAMal). Les soins infirmiers ambulatoires ou prodigués en établissement médico-social font exception à cette règle (cf. chapitre suivant 2.2, p. 43).

#### Coordination avec l'AI

En cas d'infirmité congénitale au sens de l'art. 3, al. 2, LPGA non couverte par l'AI, l'AOS prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 27 LAMal). À ce sujet, l'art. 35 OAMal précise que les mesures thérapeutiques prodiguées en cas d'infirmité congénitale doivent être prises en charge par l'AOS dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'AI.

En principe, ces dispositions ne privilégient pas les infirmités congénitales par rapport aux autres maladies, de sorte que l'assureur-maladie ne prend à sa charge que les prestations figurant parmi les prestations obligatoires de l'assurance-maladie sociale, pour autant par ailleurs que les conditions de la LAMal applicables à la prise en charge des actes médicaux soient remplies. L'art. 52, al. 2, LAMal constitue la seule exception à cet égard : en matière d'infirmités congénitales, les mesures diagnostiques faisant partie des mesures médicales de l'AI sont reprises dans la liste des analyses (LA), tandis que les mesures thérapeutiques le sont dans la liste des spécialités (LS) et dans celle des moyens et appareils (LiMA, cf. ci-dessous).

### **Moyens et appareils**

Les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques à la charge de l'OAS sont énumérés de façon exhaustive dans la liste positive de l'annexe 2 de l'OPAS, classés par nature et groupe de produits.

Le champ d'application de la liste des moyens et appareils (LiMA) se limite aux moyens et appareils qui peuvent être posés ou utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel. Dès lors, les autres produits médicaux – et en particulier les implants – ne figurent pas sur la LiMA et leur remboursement est fixé dans des conventions tarifaires (art. 20a, al. 2, OPAS). Les moyens et appareils utilisés par les fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'AOS ne figurent pas non plus sur cette liste. Ici aussi, le remboursement est fixé dans des conventions tarifaires (art. 20a, al. 2, OPAS).

#### Rémunération

Après avoir consulté la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA), le DFI fixe les montants maximaux applicables au remboursement des moyens et appareils (art. 52, al. 1, let. a, ch. 3, LAMal en relation avec art. 33, let. e, OAMal). La protection tarifaire mise en place par l'art. 44 LAMal ne s'applique pas aux moyens et appareils. Dès lors, si le montant facturé pour un produit est supérieur au plafond qui figure sur la LiMA, la différence est à la charge de l'assuré (art. 44, al. 1, LAMal et art. 24, al. 2, OPAS).

#### Coordination avec l'AI

S'agissant de la coordination avec l'AI, les mesures thérapeutiques faisant partie des prestations de l'AI doivent être reprises dans la LiMA lorsque l'assuré est atteint d'une infirmité congénitale (art. 52, al. 2, LAMal, art. 35 OAMal). À l'exception de la participation aux coûts dans l'AMal, les assurés qui passent de l'AI à l'AMal ne subissent aucun préjudice.

### **Analyses**

Les analyses diagnostiques ou thérapeutiques à la charge de l'AOS sont énumérées de façon exhaustive dans la liste positive de l'annexe 3 de l'OPAS.

Après avoir consulté la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA), le DFI dresse la liste des analyses (LA), en vertu de l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal. En se fondant sur l'art. 62, al. 1, OAMal, le DFI désigne aussi les analyses qui peuvent être effectuées par les laboratoires dans le cadre des soins de base ou qui peuvent être prescrites par des chiropraticiens et des sages-femmes (annexes A à C de la liste des analyses).

La LA s'applique à toutes les analyses, qu'elles aient été effectuées dans le cabinet médical, en pharmacie, à l'hôpital ou dans un laboratoire privé, mais le tarif ne s'applique qu'aux traitements ambulatoires. Pour les traitements hospitaliers, les analyses sont en principe comprises dans les forfaits (art. 49 LAMal). Etant donné qu'elles rentrent dans le champ de la protection tarifaire (art. 44 LAMal), les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente et ne peuvent exiger de rémunération plus élevée.

#### Coordination avec l'AI

S'agissant de la coordination avec l'AI, les mesures diagnostiques faisant partie des prestations de l'AI doivent être reprises dans la LA lorsque l'assuré est atteint d'une infirmité congénitale (art. 52, al. 2, LAMal, art. 35 OAMal). À l'exception de la participation aux coûts dans l'AMal, les assurés qui passent de l'AI à l'AMal ne subissent aucun préjudice.

## **Médicaments**

Après avoir consulté la commission compétente, le DFI dresse, conformément à l'art. 52, al. 1, let. a, LAMal, une liste avec tarif des produits et des substances actives et auxiliaires employés pour la prescription magistrale (liste des médicaments avec tarif [LMT]) pour les médicaments autorisés dans l'AOS. En outre, l'OFSP établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités [LS]), qui doit aussi comprendre les génériques (cf. art. 52, al. 1, let. b, LAMal).

Les demandes d'admission d'un médicament sont déposées à l'OFSP, qui les soumet à la Commission fédérale des médicaments (CFM, art. 69 OAMal en relation avec art. 30a ss. OPAS).

L'admission dans la LS, qui peut être assortie de conditions et de charges (art. 65, al. 5, OAMal), est régie par les dispositions des art. 64 et suivants OAMal, qui s'appliquent par analogie à l'admission d'un médicament dans la LMT (art. 63, al. 2, OAMal). Pour être admis dans la LS, les médicaments doivent posséder une autorisation valable de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic) et apporter la preuve de leur efficacité, de leur adéquation et de leur caractère économique (art. 65, al. 1 et 3, OAMal). Les médicaments qui font l'objet d'une publicité destinée au public ne sont pas admis dans la liste des spécialités (art. 65, al. 2, OAMal). L'OFSP examine tous les trois ans si les médicaments figurant dans la LS remplissent encore les conditions d'admission (art. 65d, al. 1, OAMal).

### Rémunération

La LS contient les prix maximums déterminants pour la remise des médicaments par les pharmaciens, les médecins, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (art. 67, al. 1, OAMal), ces prix se composent du prix de fabrication et de la part relative à la distribution (art. 67, al. 1<sup>bis</sup>, OAMal). La protection tarifaire visée à l'art. 44 LAMal s'applique ici aussi.

### Coordination avec l'AI

L'AI rembourse jusqu'à l'âge de 20 ans révolus toutes les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 13 LAI). En cas d'infirmité congénitale non couverte par l'AI, l'AOS prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 27 LAMal).

En principe, cette disposition ne privilégie pas les infirmités congénitales par rapport aux autres maladies, de sorte que l'assureur-maladie ne prend à sa charge que les prestations figurant parmi les prestations obligatoires de l'assurance-maladie sociale, pour autant par ailleurs que les conditions de la LAMal applicables à la prise en charge des actes médicaux soient remplies. Cependant, en matière d'infirmités congénitales, les mesures thérapeutiques faisant partie des prestations de l'AI sont reprises dans la LA, la LS et la LiMA (art. 52, al. 2, LAMal). L'art. 35 OAMal établit pour sa part que les mesures thérapeutiques prodiguées en cas d'infirmité congénitale, visées à l'art. 52, al. 2, LAMal, doivent être prises en charge par l'AOS dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'AI.

Précisant cette disposition de l'ordonnance dans son introduction, la liste des médicaments en matière d'infirmités congénitales (LMIC) – une partie spéciale de la LS – indique que l'AOS doit prendre en charge (uniquement) les médicaments qui ont été remboursés aux assurés par l'AI jusqu'à l'âge de 20 ans, en raison de leur infirmité congénitale, et dont les assurés continuent d'avoir besoin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 28 juillet 2003, C 135/02, consid. 5.2). La LMIC faisant partie intégrante de la LS, les conditions d'admission d'un médicament dans cette liste sont les mêmes que celles qui s'appliquent aux autres chapitres de la LS.

L'art. 27 et l'art. 52, al. 2, LAMal visent à coordonner les prestations de l'AI et celle de l'AMal en cas d'infirmité congénitale, conformément à l'annexe de l'OIC. Il doit ainsi être mis en évidence que l'AMal prend la relève de l'AI, c'est-à-dire que l'AMal doit supporter les frais à la place de l'AI dès que cette dernière met un terme à ses prestations. Il convient par exemple d'assurer cette continuité quand une infirmité congénitale n'est plus de la compétence de l'AI en raison de l'accomplissement de la 20<sup>e</sup> année, quand elle a été radiée de la liste des infirmités congénitales selon l'annexe OIC ou quand, selon une interprétation des plus hautes instances judiciaires, un enfant atteint d'une infirmité congénitale ne remplit pas la clause d'assurance au sens de l'art. 6 LAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 28 juillet 2003, C 135/02, consid. 5.3.1).

En principe, l'AMal prend à sa charge à partir de la 20<sup>e</sup> année les médicaments remboursés auparavant par l'AI aux personnes atteintes d'infirmités congénitales. Cette disposition s'applique aussi à des produits qui ne figurent pas dans la LS, comme des compléments vitaminés ou des aliments spéciaux. Les compléments vitaminés sont nécessaires aux patients souffrant de fibrose kystique (mucoviscidose) par exemple, mais ne sont pas remboursés par l'AMal pour les maladies considérées comme « normales ». Le même constat vaut pour d'autres médicaments qui servent à soigner des infirmités

congénitales. Puisque l'AMal prend en charge les mêmes médicaments que l'AI pour les infirmités congénitales, les assurés qui changent d'assurance ne subissent aucun préjudice, exception faite de la participation aux coûts dans l'AMal.

## **2.2 Tarifs et remboursement par l'assurance-maladie**

### **Généralités**

La rémunération des fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'assurance, tant en ambulatoire qu'à l'hôpital, est régie par des conventions que ceux-ci concluent avec les assureurs ou, dans certains cas déterminés par la loi, par l'autorité compétente (plafonds de remboursement pour les moyens et appareils, tarifs pour les analyses et prix des médicaments, [cf. le chap. 2.1 *supra*]). Les conventions tarifaires requièrent l'approbation de l'autorité compétente.

Les parties à la convention sont, d'une part, un ou plusieurs fournisseurs de prestations ou leurs associations et, d'autre part, un ou plusieurs assureurs ou leurs associations. Dans les limites des dispositions légales (et, en particulier, de l'art. 43 LAMal), les parties à la convention sont pour l'essentiel libres de fixer les modalités de celle-ci.

### **Principes de tarification**

En vertu de l'art. 43, al. 7, LAMal, le Conseil fédéral a formulé à l'art. 59c OAMal des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée, ainsi que les principes régissant leur modification. Les principes tarifaires de cette disposition s'adressent aussi bien aux partenaires tarifaires, lorsqu'ils élaborent leurs tarifs, qu'à l'autorité compétente lorsqu'elle les approuve ou les fixe.

En vertu de ces principes, seuls peuvent être remboursés, pour la détermination d'un tarif économique, les coûts justifiés de manière transparente qui correspondent à des prestations fournies de manière efficiente. En outre, le principe de la neutralité des coûts signifie qu'un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires si la qualité et la quantité des prestations fournies restent plus ou moins analogues à l'ancien modèle. Par ailleurs, les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter de telle manière à ce qu'une tarification économique soit garantie. Les principes de la loi sont aussi applicables par analogie lorsque, faute d'un accord entre partenaires tarifaires, un gouvernement cantonal fixe le tarif ou le Conseil fédéral fixe une structure tarifaire.

### **Règles de tarification particulières**

Les principaux généraux de tarification sont complétés par des règles particulières applicables à certaines catégories de tarifs :

#### **Structures à l'échelle suisse**

Les tarifs à la prestation et les forfaits applicables aux traitements hospitaliers doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme dans toute la Suisse. La fixation de la structure tarifaire est de la compétence des parties à la convention. Si celles-ci ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (art. 43, al. 5 et art. 49, al. 2, LAMal). Si le prix de base (pour le domaine hospitalier) ou la valeur du point servant à la tarification sur la base d'une structure tarifaire uniforme peuvent être convenus ou approuvés à l'échelon suisse, ils ne peuvent en revanche y être fixés, car cela relève de la compétence des gouvernements cantonaux en vertu de l'art. 47 LAMal.

#### *Structure suisse applicable aux prestations ambulatoires (TarMed)*

Le TarMed est une structure tarifaire applicable aux prestations médicales ambulatoires, indépendante du régime obligatoire de la prise en charge par les assureurs sociaux (il comprend aussi des postes concernant des prestations non remboursées). Le principe de la tarification forfaitaire énoncé par l'art. 49, al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAMal exclut l'application du TarMed au domaine hospitalier pour l'AMal.

#### *Tarifs applicables au traitement hospitalier*

L'art. 49, al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAMal établit que le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital, doit être rémunéré par des forfaits par cas (ce principe s'applique aussi aux hôpitaux privés). Le passage au

nouveau régime de financement des hôpitaux aboutit, dans ce domaine aussi, à l'adoption de structures uniformes.

*Contributions aux coûts des soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social*

Pour les séjours dans un établissement médico-social et pour les soins dispensés à domicile, l'AOS verse une contribution aux coûts modulée en fonction du degré de dépendance. Le DFI a fixé les montants applicables à l'art. 7a OPAS. Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur l'assuré qu'à concurrence de 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Ce montant s'ajoute à la participation aux coûts. Les cantons règlent le financement résiduel.

### **3 Assurance-accidents**

L'assurance-accidents (AA) obligatoire rembourse les prestations médicales selon le principe du tiers payant. En d'autres termes, c'est l'assureur LAA qui est débiteur du fournisseur des prestations, et non l'assuré.

L'art. 56 LAA règle les tarifs médicaux applicables à l'AA. Il est précisé par les art. 70 et 71 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA). Le système a une vocation nationale et repose sur le principe de la liberté de négociation entre assureurs LAA et fournisseurs de prestations, sans intervention de l'État. Ce n'est qu'en l'absence de convention que le Conseil fédéral édicte les prescriptions nécessaires après avoir consulté les parties (art. 56, al. 3, LAA). En l'occurrence, il peut soit formuler des principes, soit fixer un tarif pour un cas concret.

Il faut distinguer en l'espèce la structure des tarifs médicaux, les prix et les organismes payeurs.

Dans l'AA, le remboursement des soins ambulatoires est régi par la même structure tarifaire que celle de l'AMal, à savoir le TarMed. Compte tenu de l'applicabilité du tarif médical AA dans l'ensemble du pays, les valeurs de point négociées dans le domaine ambulatoire sont les mêmes pour toute la Suisse. Il en va différemment dans l'AMal, où les sociétés médicales cantonales et les assureurs négocient les points de taxe, de sorte que ceux-ci varient d'un canton à l'autre.

Dans le domaine hospitalier, c'est le SCTM qui négocie les tarifs de façon uniforme et pour tous les assureurs LAA en même temps. Le modèle de taxes hospitalières élaboré sert de base aux conventions passées par les assureurs LAA et les hôpitaux. Dans la pratique, les taxes couvrent actuellement 80 % des coûts de fonctionnement imputables, hors frais d'investissement. Pour les patients provenant d'un autre canton, la taxe doit couvrir la totalité des coûts d'exploitation et d'investissement. Les cantons prennent à leur charge la partie qui n'est pas assumée par les assureurs LAA. L'application des forfaits par cas est déjà fréquente. Le passage au principe de financement des prestations dans l'AMal devrait aboutir, dans le domaine hospitalier aussi, à l'application de structures uniformes pour tous les assureurs sociaux.

Ces derniers temps, les cantons ont remis en question leur participation au financement des soins hospitaliers prodigués aux patients LAA. Ils considèrent en effet que les subventions accordées à des assureurs privés à but lucratif sont particulièrement choquantes. De surcroît, la LAA ne contient aucune base légale régissant la participation des cantons aux frais de traitement des accidents. Ils estiment par ailleurs que cette participation n'est pas adéquate, puisqu'ils n'ont aucune compétence réglementaire dans le domaine du droit de l'assurance-accidents. Le but visé par les cantons, représentés par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), est d'aboutir à un financement des coûts complets du traitement des accidents, y compris les coûts d'investissement. Les cantons ne supporteraient ainsi plus que les coûts engendrés par l'enseignement et la recherche, ainsi que par d'autres buts communautaires.

Pendant la révision de la LAA, les parlementaires ont déposé plusieurs interventions visant à supprimer la participation des cantons aux coûts des patients LAA hospitalisés. Compte tenu du renvoi au Conseil fédéral du premier projet de révision de la LAA, les assureurs fédéraux (AA/AM/AI) ont conclu avec les cantons des conventions qui prévoient une réduction graduelle des subventions cantonales au financement des coûts hospitaliers des patients LAA jusqu'en 2013.

La Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) se charge du règlement de toutes les questions de principe qui se posent aux organismes responsables de l'assurance-accidents obligatoire et qui découlent du droit médical et des tarifs médicaux. Ses décisions sont contraignantes dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire. Des représentants de l'AM et de l'AI prennent part aux séances en tant qu'experts afin de garantir la coordination avec les autres branches des assurances sociales. En règle

générale, la CTM, l'AM et l'AI concluent ensemble des contrats avec les hôpitaux et les associations du personnel médical.

## **Annexe IV : Dispositions relatives à la coordination**

Il s'agit ci-après de décrire les bases actuelles de droit fédéral de la coordination des prestations médicales entre les assureurs sociaux.

### **1 Réglementation actuelle**

Les dispositions régissant la coordination des prestations en cas de traitements relevant de diverses assurances sociales sont réglées à l'art. 64 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) de la manière suivante : « Le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi. Si les conditions de la loi spéciale concernée sont remplies, le traitement, dans les limites légales, est dans l'ordre suivant à la charge de :

1. l'assurance militaire ;
2. l'assurance-accidents ;
3. l'assurance-invalidité ;
4. l'assurance-maladie.

L'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge seul et de manière illimitée les frais du traitement hospitalier, même si l'atteinte à la santé n'est pas entièrement due à l'événement qu'il est tenu de couvrir.

Par ailleurs, l'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge le traitement des atteintes à la santé dont il n'a pas à répondre lorsque ces atteintes surviennent au cours d'un traitement hospitalier et ne peuvent être traitées séparément. »

L'obligation de l'assureur de prendre en charge provisoirement des prestations est réglée de la façon suivante à l'art. 70, al. 1, LPGA :

« L'ayant droit peut demander la prise en charge provisoire de son cas lorsqu'un événement assuré lui donne droit à des prestations d'une assurance sociale mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations. » Cela signifie que l'AMal doit prendre en charge provisoirement des prestations matérielles comme par exemple des mesures médicales lorsqu'il y a litige sur la prise en charge par l'AA, l'AM ou l'AI ».

#### Art. 113 OAMal Obligation d'avancer les prestations en relation avec l'AI

« Si l'assuré a demandé des prestations tant à l'assureur-maladie qu'à l'assurance-invalidité, l'assureur-maladie doit, à titre provisoire, fournir une garantie de paiement ou effectuer les paiements pour les frais de soins jusqu'à ce que soit déterminée l'assurance qui prendra le cas en charge. »

#### Art. 114 OAMal Obligation d'informer

« L'assureur-maladie qui avance les prestations attire l'attention de l'assuré sur le régime du remboursement visé à l'art. 71 LPGA. »

#### Art. 116 OAMal Tarifs différents

<sup>1</sup> « Lorsque l'assureur-maladie a avancé des prestations, les autres assureurs sociaux doivent verser aux fournisseurs de prestations l'éventuelle différence entre le tarif valable pour eux et le tarif appliqué par l'assureur-maladie. »

<sup>2</sup> « Lorsque, en appliquant ses tarifs, l'assureur-maladie a payé aux fournisseurs de prestations davantage que s'il avait appliqué les tarifs valables pour les autres assurances, les fournisseurs de prestations doivent lui restituer la différence. »

## **2 Evolution historique de la coordination des prestations**

### **2.1 Mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI**

L'évolution historique de la coordination des prestations en ce qui concerne les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI est présentée à l'aide de trois bornes temporelles : avant l'entrée en vigueur de la LPGA, après cette entrée en vigueur et après celle de la 4<sup>e</sup> révision de l'AI.

### **Avant l'entrée en vigueur de la LPGA**

Dans l'assurance-maladie, les infirmités congénitales n'étaient initialement pas impérativement assurées (voir cependant art. 14, al. 1, et art. 17 de l'ordonnance III du 15 janvier 1965 sur l'assurance-maladie concernant les prestations des caisses-maladie et fédérations de réassurance reconnues par la Confédération, RO 1965 45). Dans son message sur la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 154 s.), le Conseil fédéral a expliqué au sujet de l'art. 21 du projet de loi (correspondant à l'art. 27 LAMal) que l'assurance obligatoire des soins prendrait en charge les frais des prestations nécessaires si l'infirmité congénitale n'est plus couverte par l'assurance-invalidité parce que l'assuré est devenu adulte ou que l'infirmité congénitale est de moindre importance et que, pour ce motif, elle a été supprimée de la liste de l'OIC. L'assurance obligatoire des soins prendrait donc la relève de l'assurance-invalidité dans deux cas. Le Conseil fédéral voulait ainsi éviter une surindemnisation mais n'a pas exclu que l'assurance-maladie reste tenue de verser des prestations de manière subsidiaire également dans les cas où une infirmité congénitale serait prise en charge par l'AI et il visait ainsi – également – la coordination entre l'assurance-invalidité et l'assurance-maladie. On ne trouve aucune trace d'une discussion portant expressément sur cette question dans les travaux préparatoires. Le TF n'a pas interprété comme exhaustifs les cas d'application indiqués dans le message et a considéré l'art. 27 LAMal comme applicable également lorsqu'un enfant souffrant d'infirmité congénitale ne remplit pas la clause d'assurance de l'art. 6 LAI (arrêt du TF du 10.6.2011, 9C\_886/2010, consid. 4.2.1 avec références).

### **Après l'entrée en vigueur de la LPGA**

Avec l'entrée en vigueur de la LPGA, le principe absolu des priorités a été posé dans le droit de la coordination (art. 64 LPGA). Selon ce principe, les prétentions à l'égard des assurances sociales subséquentes sont exclues dans la mesure où un assureur social est tenu de verser les prestations. En accord avec l'art. 27 LAMal et l'art. 110 OAMal, l'assurance-maladie est subsidiaire à l'assurance-invalidité selon l'art. 64, al. 2, LPGA. L'art. 122 OAMal a également été reformulé lors de l'introduction de la LPGA. Selon cette disposition, il y a surindemnisation en cas de prestations matérielles dans la mesure où les prestations respectives des assurances sociales excèdent notamment les frais de diagnostic et de traitement supportés par l'assuré ou les frais de soins supportés par lui et d'autres frais non couverts dus à la maladie (al. 1, let. b). Selon la systématique de la LAI, les prestations fournies en cas d'infirmité congénitale (art. 13 et 14 LAI) ne sont toutefois pas des prestations de soins mais des mesures de réadaptation qui, du point de vue du droit de la coordination, ne seraient pas soumises à l'art. 64 LPGA mais à l'art. 65 LPGA. Il n'en demeure pas moins que, dans l'ATF 134 V 1, le TF a traité le rapport entre les prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale et les prestations de l'assurance-maladie comme un cas d'application de l'art. 64 LPGA. Cela s'explique par le fait que, d'un point de vue matériel et indépendamment de la systématique de la loi, les prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale sont à considérer comme étant celles d'une sorte d'assurance-maladie (Mauer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1993, p. 153). Le législateur a du reste également pensé aux prestations de l'AI pour les cas d'infirmité congénitale dans le cadre de l'art. 64 LPGA. En fin de compte, cet article correspond à la situation juridique telle qu'elle existait déjà auparavant dans une interprétation concevable de l'art. 27 LAMal. Selon la situation juridique en vigueur jusqu'à fin 2003, l'obligation de l'AI de fournir des prestations selon les art. 13 et 14 LAI excluait une obligation semblable de l'assurance-maladie pour les traitements de soins. Cela valait notamment aussi pour les indemnités pour soins à domicile (ancien art. 4 RAI) qui avaient leur base dans l'art. 14 LAI (arrêt du TF du 10.6.2011, 9C\_886/2010, consid. 4.3 avec références).

### **Après l'entrée en vigueur de la 4<sup>e</sup> révision de l'AI**

Dans le cadre de la 4<sup>e</sup> révision de l'AI, le rapport des nouvelles prestations de soins de l'AI avec l'AA et l'AM a été discutée dans le message (FF 2001 3249 s.) et réglé dans la loi (art. 44 LAI), mais celui avec les prestations de l'assurance des soins selon l'art. 7 OPAS n'a été que mentionné dans le message pour être renvoyé à la révision prévue de la LAMal en ce qui concerne la réglementation de détail (FF 2001 3242 s.). Selon la teneur et la systématique de la loi, les allocations pour impotent ne sont pas de même nature au sens de l'art. 110 OAMal que les prestations de l'assurance des soins. Cela revient à maintenir la jurisprudence antérieure car l'ordre de priorité prévu à l'art. 64 LPGA ne s'applique que si les prestations sont de même nature, ce qui n'est pas le cas dans la relation entre les prestations de soins de l'AMal et les allocations pour impotents. Si l'allocation pour impotent et le supplément pour soins intenses couvrent en partie également des prestations que l'AMal fournit sous le titre de prestations de soins (et donc de traitement thérapeutique), les soins constants et particulièrement importants ainsi que les soins

et traitements de base qui sont la condition de l'octroi respectivement d'une allocation pour impotent (art. 37, al. 3, let. c, RAI) et d'un supplément pour soins intenses (art. 39, al. 2, RAI) se chevauchent passablement d'un point de vue matériel avec les prestations de l'assurance des soins selon l'art. 7, al. 2, let. b et c, OPAS.

Les prestations de l'AI couvrent ainsi au moins en partie les mêmes prestations qui servent également à motiver les prestations de l'AMal ici litigieuses. Cela peut continuer d'être pris en considération sous le titre de la surindemnisation (arrêt du TF du 10.6.2011, 9C\_886/2010, consid. 4.4.4 avec références).

## **Conclusion**

Globalement, il s'agit de retenir que l'art. 27 LAMal n'exclut pas que des prestations de l'assurance des soins selon l'art. 7 OPAS soient également fournies à des personnes qui bénéficient des prestations de l'AI selon les art. 13 et 14 LAI car, selon l'arrêt 8C\_81/2010, les prestations versées sur la base de ces dispositions ne couvrent pas les dépenses en soins. Ce cumul de prestations est toutefois assorti de la réserve d'une surindemnisation provoquée par l'allocation pour impotent ou par le supplément pour soins intenses (art. 122 OAMal). Dans la situation juridique en cours jusqu'au nouveau financement des soins, il se justifie, dans un souci de continuité juridique, de maintenir l'ancienne jurisprudence relative au droit régissant la surindemnisation (arrêt du 10.6.2011, 9C\_886/2010, consid. 4.5 avec références).

Il faudra voir dans quelle mesure la compétence de l'AI **et** de l'assurance-maladie est praticable et comment les calculs de surindemnisation seront être faits.

## **2.2 Mesures médicales selon l'art. 12 LAI**

L'art. 12 LAI a notamment pour but de délimiter les attributions de l'assurance-invalidité d'une part et de l'assurance sociale maladie et accidents d'autre part. Cette délimitation se fonde sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une blessure relève à titre primaire des attributions de l'assurance maladie et accidents sans égard à la durée de l'atteinte à la santé (arrêt du TF du 27 juillet 2011, 9C\_89/2011, consid. 3.3 avec références).

La limitation « jusqu'à l'âge de 20 ans » a été introduite à l'art. 12, al. 1, LAI avec la 5<sup>e</sup> révision de l'AI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 dans un texte inchangé pour le surplus. Sous l'empire de l'art. 12 LAI en vigueur jusqu'à fin 2007, la mesure médicale ne pouvait pas servir au traitement de l'affection comme telle chez les adultes. Selon le TFA (AHI 2003, 104, consid. 2), il y a traitement de l'affection comme telle en règle générale en cas de guérison ou d'apaisement du processus pathologique précaire. La jurisprudence connaissait toutefois une exception à cette règle pour les personnes sans activité lucrative âgées de moins de 20 ans. Ces personnes sont réputées invalides lorsqu'il est probable que l'atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique entraînera une incapacité de gain totale ou partielle (art. 5, al. 2, LAI en relation avec art. 8, al. 2, LPGA).

Selon la jurisprudence en cours avant l'entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, des mesures médicales chez les jeunes pouvaient servir pour ce motif de manière prépondérante à la réadaptation professionnelle et être prises en charge par l'AI malgré le caractère provisoire et instable de leur affection lorsque, sans ces mesures, il y aurait une guérison incomplète ou un autre état stabilisé qui mettrait en péril la formation professionnelle ou la capacité de gain ou les deux. Cette jurisprudence résultait d'une interprétation contraire à sa teneur de l'art. 12, al. 1, LAI en ce qui concerne les assurés de moins de 20 ans. Les frais de traitement des assurés de moins de 20 ans étaient pris en charge par l'AI lorsqu'il était suffisamment probable que l'affection puisse conduire à un état pathologique stable difficilement améliorable réduisant notablement voire empêchant la future formation et capacité de gain. Dans le cadre de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, le Conseil fédéral voulait abroger purement et simplement l'art. 12 LAI et rattacher toutes les mesures médicales à l'assurance-maladie. Le parlement n'a pas suivi cette proposition et a décidé que l'AI resterait en charge des mesures médicales ayant un lien avec la réadaptation professionnelle pour les assurés de moins de 20 ans. A ses yeux, il fallait maintenir la jurisprudence selon laquelle, pour les enfants et les jeunes, les mesures médicales étaient prises en charge même en cas d'instabilité de l'affection ou du traitement de l'affection en tant que telle lorsque, sans ces mesures, il y aurait une guérison incomplète ou un autre état stabilisé. Par conséquent, l'art. 12, al. 1, LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne doit pas être appliqué selon sa lettre. Le principe qu'il énonce, à savoir que la mesure médicale ne saurait viser le traitement de l'affection en tant que telle comme tel était le cas, selon la jurisprudence, exclusivement pour les assurés de plus de 20 ans, ne peut toujours pas être transposé sans autre aux assurés de moins de 20 ans (voir également l'arrêt IV 2009/443+457 du Tribunal des assurances du canton de Saint-Gall du 13 août 2010, consid. 3 ; confirmé

par l'arrêt du TF 9C\_809/2010 du 23 décembre 2010 ; arrêt du Tribunal des assurances du canton de Saint-Gall du 24.8.2011, IV 2011/62, consid. 3.2)

La jurisprudence du TF au sujet des mesures médicales se base sur l'art. 12 LAI qui prévoit que seules doivent être prises en charge par l'AI les mesures médicales « qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection en tant que telle », c'est-à-dire qui ne visent pas la guérison ou l'apaisement d'un processus pathologique instable. Alors que cela s'appliquait sans autre pour les adultes (voir art. 12 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'à fin décembre 2007), les mesures médicales doivent être prises en charge par l'assurance-invalidité pour les jeunes – en tenant compte de leur phase de développement physique et mental – malgré le caractère provisoirement encore instable de l'affection lorsque, sans ces mesures, il y aurait dans un proche avenir une guérison incomplète ou un autre état stabilisé compromettant la formation professionnelle ou la capacité de gain ou les deux. L'assurance-invalidité doit dès lors prendre en charge chez les jeunes – pour autant que les autres conditions soient réunies – non seulement des mesures visant l'élimination ou la correction d'états défailants ou de pertes fonctionnelles stables, mais aussi fournir des prestations lorsqu'il s'agit de prévenir au moyen de mesures appropriées un état défailant compromettant la formation professionnelle ou la capacité de gain future. Cette jurisprudence a été maintes fois confirmée (arrêt du TF du 27 juillet 2011, 9C\_89/2011, consid. 3.2 avec références). Cela vaut en principe également pour le traitement psychiatrique de l'adolescent lorsque l'affection psychique entraînerait selon une vraisemblance suffisante un état pathologique stable difficilement améliorable limitant considérablement voire empêchant la formation et capacité de gain future. La thérapie doit être nécessaire et ne saurait se limiter à constituer une mesure de soutien opportune. C'est avant tout la pérennité et la pertinence du résultat de réadaptation à obtenir qui doivent être pronostiquées avant l'exécution ou la poursuite de la mesure en cause sur la base des faits médicaux déterminants (arrêt du TF du 23 décembre 2010, 9C\_809/2010, consid. 2.1 avec références).

### **3 Questions particulières au sujet de la coordination des prestations**

#### **Traitement chirurgical d'une infirmité congénitale**

Si, dans le cadre d'un seul traitement thérapeutique en milieu hospitalier, il est procédé au traitement chirurgical d'une infirmité congénitale et d'une affection indépendante de cette infirmité et ne relevant en principe pas du champ d'application de l'assurance-invalidité par exemple parce que les deux affections se situent dans la même zone du corps et qu'il serait inopportun voire irresponsable d'un point de vue médical de procéder à deux opérations indépendantes l'une après l'autre (l'une à la charge de l'assurance-invalidité et l'autre à celle de l'assurance-maladie), les frais qui en découlent doivent alors en tous les cas être répartis. Cette répartition doit se faire en fonction de la part devant être prise en charge par les assurances sociales respectives en cas de traitement séparé des affections, part qui doit être chiffrée dans le cas d'espèce sur la base des indications fournies par les médecins à ce sujet. D'éventuelles difficultés relevant de la technique d'exécution (en particulier problèmes dans la répartition des frais si des forfaits globaux ont été convenus ou en cas de positions individuelles hors tarif) ne sauraient aboutir à aucune autre interprétation. Le TFA a du reste déjà régulièrement examiné, sous l'empire du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, la question de la répartition des frais sur la base des circonstances du cas d'espèce (apparemment cependant régulièrement abstraction faite d'un partage des frais) (ATF 134 V 8).

#### **Séquelles d'infirmités congénitales**

L'obligation de l'assurance-invalidité de fournir des prestations peut également s'étendre au traitement d'atteintes à la santé qui ne relèvent certes plus du complexe symptomatique de l'infirmité congénitale mais qui, selon l'expérience médicale, en sont souvent une conséquence. La condition nécessaire de cette prise en charge est qu'il existe un lien de causalité adéquate qualifié entre ces séquelles secondaires et l'infirmité congénitale. Une limitation temporelle de l'obligation de fournir des prestations pour une infirmité congénitale, comme par exemple aux ch. 495 et 497 OIC Annexe, pour la durée du traitement intensif s'applique également aux éventuelles séquelles de l'infirmité (arrêt du TF du 7 janvier 2011, 9C\_893/2010, consid. 2.3 avec références ; pour les infirmités congénitales faisant l'objet des ch. 494 et 395 OIC Annexe, voir ATF 129 V 207).

Il n'y a pas lieu d'exiger le degré probatoire de la preuve entière pour le lien de causalité qualifié entre l'infirmité congénitale et des atteintes secondaires à la santé. Il n'y a pas de raison de s'écarter de la jurisprudence constante selon laquelle, dans le droit des assurances sociales, le lien de causalité naturelle – supposé étroit dans le cas concret – doit être établi au degré probatoire habituel de la vraisemblance prépondérante (arrêt du TF du 15 juin 2010, 8C\_80/2010, consid. 4.2 avec références).

La fréquence de l'affection secondaire n'est pas le seul critère déterminant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate qualifié (voir par exemple l'arrêt du TF du 26 février 2010, 9C\_674/2009, consid. 2.2 avec références, qui rejette la demande de prise en charge des frais d'un traitement dentaire et maxillaire orthopédique, qui invoquait les infirmités congénitales du ch. 243 OIC Annexe [agénésie partielle et hypoplasie des poumons] et du chiffre 326 OIC Annexe [syndrome congénital de déficience immunitaire {IDS}] a été rejetée. Dans son arrêt précité du 15 juin 2010, 8C\_80/2010, le TF a en revanche admis la demande de prise en charge d'ergothérapie pour une durée de deux ans en tant que mesure médicale, qui invoquait l'infirmité congénitale du ch. 387 OIC Annexe).

### **Maladies orphelines**

Dans l'arrêt du 23 novembre 2010, 9C\_334/2010 (= ATF 136 V 395) sur la prise en charge des frais d'un médicament ne figurant pas dans la liste des spécialités (« Myozyme ») par l'assurance obligatoire des soins, le TF s'exprime pour la première fois sur les questions fondamentales du rationnement et les limites du financement dans le domaine du droit de la santé. Il décrit les libertés d'action de la société et les frais raisonnablement exigibles en lien avec le maintien d'une vie humaine. Il ne laisse pas de côté les aspects éthiques. Leur importance est relativisée au vu du manque de moyens. Cet arrêt, qui a donné lieu à maintes discussions, concernera également l'assurance-invalidité car il s'y pose finalement les mêmes questions.

### **Durée limitée de la priorité absolue**

Porteur de l'art. 64 LPG, le principe de la priorité absolue au sens de l'obligation exclusive d'une seule assurance sociale de fournir des prestations s'étend d'un point de vue temporel tout au plus tant qu'il y a encore un traitement du cas d'assurance relevant de cette seule assurance. Ce principe, et notamment l'al. 3 de cette disposition, n'entre pas en application lorsque plusieurs traitements thérapeutiques sont prodigués en même temps en milieu hospitalier et que ces traitements concernent des atteintes à la santé différenciables, dont éventuellement une infirmité congénitale, relevant chacune du domaine d'attribution de différentes assurances sociales. Dans de tels cas, il faut procéder en règle générale à une répartition des frais qui corresponde aux parts à prendre en charge par les assurances sociales respectives en cas de traitement séparé des atteintes à la santé (arrêt du TF du 7 janvier 2011, 9C\_893/2010, consid. 2.2 avec références).

### **Relation entre les assurances**

Ce n'est qu'une fois qu'il est décidé de la branche des assurances sociales qui est finalement tenue de fournir des prestations que l'on peut envisager une compensation correspondante vis-à-vis de la branche des assurances sociales qui a avancé les prestations. S'il est établi par une décision entrée en force que l'office AI est tenu de fournir les prestations, l'avance faite par l'assurance-maladie est créditée en retour à cette dernière, étant précisé que la compensation concerne la relation entre les assureurs sociaux (arrêt du TF du 14 octobre 2008, 8C\_236/2008, consid. 8.1).

## Annexe V : Conséquences financières des mesures étudiées pour la variante 3

Les données relatives aux modèles de coûts étudiés avant et après la suppression de prestations de l'AI sont tirées de la statistique des prestations de l'AI. Les coûts ont été remboursés sous le code de prestation 300.

### Suppression de la prise en charge des interventions chirurgicales uniques, simples et peu onéreuses concernant des infirmités congénitales peu importantes

Le tableau ci-après présente les coûts d'intervention pour des infirmités congénitales peu importantes qui peuvent être guéries grâce à une opération simple et peu onéreuse.

Tableau 11 : Coût des infirmités congénitales peu importantes, 2011

<i>Infirmités congénitales</i>	<i>Nombre de bénéficiaires</i>	<i>Coût en millions de francs</i>	<i>Coût moyen par bénéficiaire</i>
Aplasies tégumentaires (IC 112)	10	0,03	2 593
Exostoses cartilagineuses (IC 124)	121	0,48	3 966
Thorax en entonnoir (IC 163)	200	1,25	6 237
Coxa vara (IC 170)	10	0,04	4 003
Coxa antetorta (IC 171)	108	0,87	8 066
Torsion tibiale interne et externe (IC 178)	151	0,80	5 254
Pied adductus ou pied metatarsus varus (IC 180)	23	0,05	2 216
Pied plat (IC 193)	59	0,22	3 750
Reflux gastro-oesophagien (IC 280)	82	0,70	8 604
Hernie inguinale (IC 303)	1 805	4,86	2 692
Cryptorchidie (IC 355)	1 620	3,94	2 431
Hydrocèle testiculaire et kystes du cordon (IC 356)	460	0,83	1 804
Total	4 649	14,01	3 025

Source : Statistique de l'AI

#### *Conséquences pour l'AI*

Diminution des dépenses de 13 millions de francs par an (voir tableau 12). Ces infirmités congénitales n'ont pas d'effet sur l'insertion professionnelle.

#### *Conséquences pour l'AMal*

Report des 13 millions de francs essentiellement sur l'AMal. En vertu de l'art. 27 LAMal, les assureurs-maladie doivent prendre en charge des coûts d'un montant de 10 millions de francs par an, dont 2 millions pour des prestations médicales hospitalières.

#### *Conséquences pour les cantons*

Augmentation de 3 millions de francs par an.

#### *Conséquences pour les assurés*

La nécessité des traitements des infirmités congénitales peu importantes n'est a priori pas remise en cause. Il n'y a pratiquement aucune répercussion sur les assurés au titre de la participation aux coûts.

**Tableau 12 : Répartition des coûts entre l'AI, l'AMal et les cantons avant et après la suppression des infirmités congénitales peu importantes dans l'AI**

	Actuellement (2011)		Avec la nouvelle réglementation			
	AI	Cantons	AI	Assurés (participation aux coûts en fonction de l'âge)	AMal	Cantons
<b>Total des coûts</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>3</b>
Coût des mesures non médicales (par ex. certains moyens auxiliaires)	0	0	0	0	0	0
Coût des mesures médicales	13	1		0	12	4
Dont prestations médicales hospitalières	4	1	0	0	3	4
Dont prestations médicales ambulatoires	6	0	0	0	6	0
Dont autres prestations (par ex. psychothérapies non médicales, médicaments)	3	0	0	0	2	0

Source : Statistique de l'AI (chiffres arrondis) et calculs ad hoc

#### Adaptations nécessaires

Liste des infirmités congénitales figurant en annexe de l'OIC.

### Suppression des mesures médicales pour les nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 g sans infirmité concomitante (ch. 494 OIC)

#### Conséquences pour l'AI

Economies de 69 millions de francs. Le tableau 13 montre le coût actuel de l'IC 494 ainsi que le coût qu'entraînerait pour l'AI, pour le canton et pour les assurés le transfert des mesures médicales en lien avec cette infirmité, que le nouveau-né présente des infirmités congénitales supplémentaires (comorbidités) ou qu'il ait été hospitalisé uniquement en raison d'un faible poids de naissance.

#### Conséquences pour l'AMal

Report sur l'AMal de à 36 millions de francs par an, dont 35 pour les prestations médicales hospitalières.

#### Conséquences pour les cantons

Augmentation de 24 millions de francs par an.

#### Conséquences pour les assurés

Les mesures médicales dans le cadre du traitement d'un faible poids de naissance uniquement sont prises en charge par l'AMal et les cantons ; les assurés ne supportent aucun coût supplémentaire. Le remboursement des frais de transport des proches n'est toutefois pas pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Pour ces infirmités congénitales, la quote-part d'au maximum 350 francs par cas et par an est de l'ordre du pour mille, car le coût moyen est élevé (37 973 francs par cas et par an) pour un nombre d'enfants réduit (1815 par an). De plus, il n'y a pas de franchise pour les enfants (cf. la description du modèle de calcul de répartition des coûts, p. 15).

#### Adaptations nécessaires

Suppression du ch. 494 OIC sur la liste des IC reconnues par l'AI (annexe 2 OIC). Pas d'adaptation au niveau de la loi.

**Tableau 13 : Répartition des coûts entre l'AI, l'AMal et les cantons avant et après la suppression du ch. 494 OIC (avec comorbidités)**

	<b>Actuellement (2011)</b>		<b>Avec la nouvelle réglementation</b>			
	<i>AI</i>	<i>Cantons</i>	<i>AI</i>	<i>Assurés (participation aux coûts en fonction de l'âge)</i>	<i>AMal</i>	<i>Cantons</i>
<b>Total des coûts</b>	<b>69</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>45</b>
<i>Coût des mesures non médicales (par ex. certains moyens auxiliaires)</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Coût des mesures médicales</i>	69	15	0	0	37	45
<i>Dont prestations médicales hospitalières</i>	67	15	0	0	37	45
<i>Dont prestations médicales ambulatoires</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Dont autres prestations (par ex. médicaments)</i>	2	0	0	0	2	0

Source : Statistique de l'AI (chiffres arrondis) et calculs ad hoc

Les mesures médicales en cas de faible poids de naissance sans infirmité congénitale concomitante sont des mesures de traitement de l'affection comme telle et leur suppression n'aurait aucune influence sur une éventuelle future réadaptation professionnelle des enfants. L'AMal et le canton prendraient en charge les mesures qui seraient effectuées en résidentiel uniquement pour le problème du faible poids de naissance. Mais l'AI continuerait à rembourser, à hauteur de 45 millions de francs, les mesures médicales fournies en raison d'une infirmité congénitale associée au faible poids de naissance, telle que le syndrome des membranes hyalines, les malformations cardiaques congénitales et la paralysie cérébrale (comorbidité), qui sont des infirmités reconnues par l'AI. Si l'on ne transfère que la part de l'IC 494 qui ne présente pas de comorbidités, comme le prévoit la variante 3, le report de charge sur l'AMal n'est plus que de 11 millions de francs au lieu de 37 millions et les coûts supplémentaires pour le canton s'élèvent à 13 millions de francs.

### **Suppression des traitements dentaires et de chirurgie et d'orthopédie maxillaire en cas de malformation de l'appareil masticatoire (ch. 201-210 OIC)**

#### *Conséquences pour l'AI*

Economies de 78 millions de francs par an (cf. tableau 14).

#### *Conséquences pour l'AMal*

Charge supplémentaire de 74 millions de francs, dont 1 pour les prestations médicales hospitalières.

#### *Conséquences pour les cantons*

Augmentation de 1 million de francs par an.

#### *Conséquences pour les assurés*

Les traitements des infirmités mentionnées aux ch. 201-210 OIC sont des traitements de l'affection comme telle au sens de l'assurance-maladie, dans la mesure où ces infirmités n'ont aucune répercussion sur l'insertion scolaire et professionnelle de l'enfant. La suppression de ces mesures par l'AI reporte sur les assurés un coût de 4 millions de francs par an, au titre de la participation aux coûts.

#### *Adaptations nécessaires*

Suppression des ch. 201 à 210 de la liste des infirmités congénitales.

**Tableau 14 : Répartition des coûts entre l'AI, l'AMal et les cantons avant et après la suppression des ch. 201 à 210 OIC**

	Actuellement (2011)		Avec la nouvelle réglementation			
	AI	Cantons	AI	Assurés (participation aux coûts en fonction de l'âge)	AMal	Cantons
<b>Total des coûts</b>	<b>78</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>74</b>	<b>1</b>
<i>Coût des mesures non médicales (par ex. certains moyens auxiliaires)</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Coût des mesures médicales</i>	78	1	0	4	74	1
<i>Dont prestations médicales hospitalières</i>	1.3	1	0	0	1	1
<i>Dont prestations médicales ambulatoires</i>	3.8	0	0	0	4	0
<i>Dont autres prestations (par ex. instruction et traitements d'orthopédie maxillaire)</i>	73	0	0	4	69	0

Source : Statistique de l'AI (chiffres arrondis) et calculs ad hoc

### **Abaissement de 20 à 18 ans de la limite d'âge pour les infirmités congénitales**

#### *Conséquences pour l'AI*

Economies d'environ 46 millions de francs par an (cf. tableau 15). Il resterait 1 million de francs à la charge de l'AI pour des mesures non médicales, comme certains moyens auxiliaires. On peut toutefois s'attendre à ce que les interventions coûteuses soient déclarées plus précocement à l'AI, par ex. pour les interventions orthopédiques maxillaires en cas de micromandibulie congénitale (ch. 208 OIC), de mordex apertus congénital (ch. 209 OIC) ou de prognathie inférieure congénitale (ch. 210 OIC).

#### *Conséquences pour l'AMal*

Augmentation d'environ 35 millions de francs par an, dont 11 pour des prestations médicales hospitalières.

#### *Conséquences pour les cantons*

Augmentation d'environ 9 millions de francs par an.

#### *Conséquences pour les assurés*

Charge supplémentaire d'environ 1 million de francs par an pour des traitements ambulatoires, au titre de la participation aux coûts.

#### *Adaptations nécessaires*

Art. 12, al. 1, et art. 13, al. 1, LAI.

**Tableau 15 : Estimation de la répartition des coûts entre l'AI, l'AMal et les cantons avant et après l'adaptation de la limite d'âge**

	Actuellement (2011)		Avec la nouvelle réglementation			
	AI	Cantons	AU	Assurés (participation aux coûts en fonction de l'âge)	AMal	Cantons
<b>Total des coûts</b>	<b>46</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>35</b>	<b>14</b>
<i>Coût des mesures non médicales (par ex. certains moyens auxiliaires)</i>	1	0	1	0	0	0
<i>Coût des mesures médicales</i>	45	5	1	1	35	14
<i>Dont prestations médicales hospitalières</i>	20	5	0	0	11	14
<i>Dont prestations médicales ambulatoires</i>	20	0	0	1	19	0
<i>Dont autres prestations (par ex. psychothérapies non médicales, médicaments)</i>	5	0	0	0	5	0

Source : Statistique de l'AI (chiffres arrondis) et calculs ad hoc