**demandes de mesures médicales pour Atteintes psychiatriques : proposition d’instruction dÈs JUIN 2022**

**Lettre explicative :**

Une demande de prise en charge de mesures médicales par l’AI a été déposée pour votre patient, pour une atteinte à la santé psychiatrique/cognitive/neurologique qui pourrait être congénitale.

Dans ce contexte, et pour nous permettre de déterminer en vertu de quelle disposition votre patient pourrait bénéficier de prestations, nous vous prions de répondre à **un** des questionnaires en annexe (celui qui s’adapte le mieux à la situation de votre patient).

Dans le cadre du développement continu de l’AI et de la révision de la liste OIC qui en a découlée, depuis janvier 2022 le ch. OIC 406, correspondant aux « psychoses primaires du jeune enfant », n’existe plus. Pour rappel, sous ce chiffre, étaient prises en charge des mesures médicales pour des diagnostics tels que *trouble envahissant du développement*, *dysharmonie psychotique, psychose infantile, syndrome d’Asperger*. La suppression de ce chiffre va dans le sens des nouvelles classifications internationales pour les maladies mentales (DSM-V et CIM 11) qui ne classifient plus ces entités diagnostiques ainsi.

Les chiffres du chapitre XVI de la liste OIC (« Maladies mentales congénitales et profonds retards du développement ») qui existent toujours, sont:

* **403** : Troubles importants du comportement chez des personnes atteintes d’un retard mental congénital, lorsqu’un traitement est nécessaire. Le retard mental en soi ne correspond pas à une infirmité congénitale au sens de l’AI.
* **404** : Troubles congénitaux du comportement chez les enfants non atteints d’un retard mental, avec preuves cumulatives de (1) troubles du comportement au sens d’une atteinte pathologique de l’affectivité ou de la capacité d’établir des contacts, (2) troubles de l’impulsion, (3) troubles de la perception (fonctions perceptives), (4) troubles de la capacité de concentration, (5) troubles de la mémorisation. Le diagnostic doit être posé et le traitement débuté avant l’accomplissement de la neuvième année.
* **405** : Troubles du spectre de l’autisme, lorsque le diagnostic a été confirmé par un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, par un médecin spécialiste en pédiatrie avec formation approfondie en neuropédiatrie ou par un médecin spécialiste en pédiatrie avec formation approfondie en pédiatrie du développement.

De plus, une prise charge de **mesures médicales à but de réadaptation est aussi possible sous couvert de l’art. 12 LAI**. Pour rappel, l’art. 12 LAI permet la prise en charge de mesures médicales, dont le but principal n’est pas le traitement de la pathologie comme telle mais qui visent primordialement la réadaptation (c’est-à-dire d’améliorer de façon significative et durable les chances d’intégration à l’école, participation à une formation, intégration en économie, capacité de tenir son ménage). Une prise en charge sous l’art. 12 LAI ne dépend pas de l’origine du trouble mais nécessite la présence d’un pronostic relativement favorable et d’une estimation limitée dans le temps de la durée de la prise en charge, qui peut toutefois être prolongée si nécessaire et adéquat dans un deuxième temps. Il convient de rappeler que sous couvert de l’art. 12 LAI ne sont habituellement pas pris en charge des médicaments ou des examens diagnostiques et que, pour la psychothérapie, une année de thérapie intensive (min 1x/ semaine, modalités variables) au préalable est nécessaire.

1. **Troubles du comportement avec déficience intellectuelle/retard mental congénital – ch. 403 OIC :**
2. Quels sont les troubles du comportement que votre patient présente ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quel est l’impact fonctionnel des troubles décrits dans la question 1 ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quel est le niveau de fonctionnement intellectuel de l’enfant (estimative clinique et/ou résultats tests QI).

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Prière de joindre les rapports des investigations qui ont étayé ce diagnostic, s’ils existent (par exemple examen neuropsychologique, autres).

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quel est le traitement mis en place ?.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Remarques.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date :       | Timbre et signature du médecin :  |

1. **Trouble du spectre de l’autisme (TSA) – ch. 405 OIC**
2. Comment se manifestent/manifestaient chez votre patient, s’ils existent :
	1. Le déficit persistant des interactions et de la communication dans tous les environnements ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* 1. Le caractère restreint et répétitif :
		1. Des comportements ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* + 1. Des intérêts et/ou des champs d’activités ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* + 1. Des particularités sensorielles ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Prière de décrire comment ces symptômes entravent/limitent le fonctionnement de votre patient (sur les plans familial, social, scolaire, formation, intégration professionnelle).

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quand le diagnostic de TSA-a-t-il été posé pour la première fois et par qui ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. A partir de quand les symptômes ont-ils été observés ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Avez-vous exclu d’autres pathologies psychiatriques ou neurologiques acquises dont les symptômes peuvent être similaires à un TSA sans en être un (par exemple : dépression, phase prodromique d’un trouble psychotique/psychose précoce, trouble anxieux, phobies diverses, PTSD, etc…) ? Prière je justifier brièvement votre réponse.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Prière de joindre les rapports des investigations qui ont étayé ce diagnostic, s’ils existent (par exemple examen neuropsychologique, ADOS/ADI-R, etc.).

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Remarques.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date :       | Timbre et signature du médecin :  |

1. **Trouble de l’attention avec/sans hyperactivité (TDA/H) avec troubles associés et intelligence préservée – ch. 404 OIC :**
2. Comment se manifestent/manifestaient (que ce soit par des observations ou via des tests standardisés) chez votre patient avant le 9ème anniversaire les troubles… :
	1. …du comportement *(au sens de troubles de l’humeur et des affects, troubles du contact/relations sociales, comportements d’opposition, agressivité, mensonge, comportements destructifs)* ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* 1. …des pulsions (*au sens d’un excès ou déficit de dynamisme global, de propension à l’action)* ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* 1. …de la perception (*au sens de déficits avérés de la vision/audition non complètement corrigés et avec impact fonctionnel persistant, problèmes de traitement central des stimuli visuels/auditifs/proprioceptifs/stéréognosiques/autres)* ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* 1. …de la concentration *(au sens de l’attention soutenue, divisée, sélective, distractibilité)*?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* 1. … de la mémorisation *(au sens de troubles de la mémoire à court terme, mémoire de travail, mémoire à long terme, capacité d’apprentissage)* ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quel est le niveau de fonctionnement intellectuel de l’enfant (QI et méthode utilisé, estimative clinique si test de QI pas effectué ou estimé non valide) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quand le diagnostic de déficit d’attention de l'enfant-a-t-il été posé ? Par qui ? Prière de joindre les rapports disponibles.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quand un traitement spécifique (médicamenteux et/ou non-médicamenteux)-a-t-il été instauré pour la première fois ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Est-ce que d’autres diagnostics neurologiques et/ou psychiques pouvant mimer un TDAH « *neurodéveloppemental* » ont été exclus ? Prière de justifier brièvement votre réponse.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Remarques

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date :       | Timbre et signature du médecin :  |

1. **Mesures médicales de réadaptation (art. 12 LAI) :**
2. Quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) psychiatrique(s)?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quelles sont les troubles fonctionnels qui découlent du diagnostic et de ses symptômes, qui font l’objet du traitement ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quelle(s) mesure(s) médicale(s) avez-vous prescrit (par exemple psychothérapie, ergothérapie) et qui les dispense (nom et titre du thérapeute) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quels sont les objectifs principaux de(s) la(les) mesure(s) médicale(s) demandée(s) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Si la mesure n’a pas encore débuté :
	1. Quelle est la date prévue du début ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* 1. Quelle est la fréquence souhaitée ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* 1. Quelle est la durée estimée de la mesure ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Si la mesure a déjà débuté :
	1. Depuis quand la mesure est-elle en place (minimum mois/année) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* 1. Quelle est la fréquence? Prière d’être précis et d’inclure des éventuels changements de fréquence si cela s’applique.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

* 1. Si la mesure s’est déjà terminée, prière d’indiquer la date de la fin (minimum mois/année) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Quel est le pronostic en termes de fréquentation scolaire, de formation ou d’intégration dans le marché de travail (selon l’âge et étape de vie de votre patient) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Est-ce que la mesure médicale en question est de nature à améliorer de façon significative et durable le pronostic mentionné dans la question 7 ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Prière de joindre les rapports d’évolution de l’état de santé si la psychothérapie est déjà en place.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

1. Remarques

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date :       | Timbre et signature du médecin :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date :       | Timbre et signature du thérapeute :  |