

## **CONDITIONS D'OCTROI EN PSYCHOMOTRICITE (EX CRITÈRES AI)**

La thérapie psychomotrice peut être indiquée pour le traitement des troubles des fonctions motrices, perceptives exécutives associés à diverses infirmités congénitales du système nerveux central (cf. ch. 390.6 et 404 de l'assurance-invalidité).

La thérapie psychomotrice doit être ordonnée par un médecin. L'indication doit être justifiée par des troubles neurologiques ou neuropsychologiques objectifs, documentés par les résultats d'examen correspondants et ayant des répercussions sur l'acquisition de capacités ou d'habilités. La demande doit mettre en évidence les objectifs du traitement.

La thérapie psychomotrice dans le cadre des mesures octroyées est accordée pour 2 ans à raison d'une séance hebdomadaire. Les demandes de prolongation de la thérapie psychomotrice doivent être fondées sur des examens médicaux détaillés effectués au cours de l'évolution, sur les répercussions sur la vie quotidienne et sur un rapport de traitement circonstancié. Le plan de traitement doit être compréhensible et faire ressortir notamment les objectifs du traitement.

La thérapie psychomotrice ne peut pas être prise en charge par l'OES sous le titre « soutien aux troubles du langage ».

Les thérapeutes qui pratiquent la thérapie psychomotrice au titre d'activité indépendante doivent être agréés par l'OES.

### **Références médicales (cf. reprise critères AI selon l'ordonnance sur les infirmités congénitales, effectifs au 01.01.2008)**

Paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques (dystonique, choréothétosique) et ataxiques)

#### **390.1**

Les troubles moteurs congénitaux de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique doivent être reconnus comme infirmités congénitales.

#### **390.1.1**

Pour poser le diagnostic de trouble moteur spastique, il faut qu'il y ait une hyperréflexie et une augmentation de la résistance des muscles atteints contre les mouvements passifs (hypertonie musculaire). Pour poser le diagnostic de trouble moteur spastique, il faut qu'il y ait une hyperréflexie, une augmentation de la résistance des muscles atteints lors des mouvements passifs (hypertonie musculaire), des réflexes pathologiques (Babinski en extension, clonus) ainsi que des postures et des mouvements anormaux.

### **390.1.2**

Les troubles moteurs ataxiques concernant des parties de la motricité fine ou de la motricité corporelle. Pour la motricité fine, les symptômes nécessaires pour poser le diagnostic sont le tremblement d'intention ou tremblement d'action (tremblement accompagnant le mouvement de la main) et la dysmétrie (erreur dans l'amplitude du mouvement, empêchant de saisir correctement un objet). Les symptômes associés les plus fréquents sont les syncinésies (ouverture exagérée de la main au moment de lâcher l'objet manipulé) ainsi que, à l'examen neurologique, une hypotonie, une dysdiadochocinésie et/ou un phénomène de rebond positif. Pour la motricité corporelle, le trouble ataxique est défini par l'ataxie tronculaire.

### **390.1.3**

Les dyskinésies sont des troubles moteurs caractérisés par des mouvements involontaires, accompagnés d'attitudes et de mouvements anormaux. En font partie notamment la chorée et l'athétose.

### **390.2**

Du point de vue de l'assurance-invalidité, une hypotonie musculaire isolée ne fait pas partie des infirmités congénitales au sens du ch. 390 OIC. Toutefois, il n'est pas rare qu'une hypotonie constitue un symptôme précoce d'un trouble moteur cérébral et elle peut donc à ce titre fonder une infirmité congénitale au sens du ch. 395 OIC si celle-ci n'a pas d'autre étiologie plus vraisemblable (trisomie 21 par exemple).

### **390.3**

En cas de troubles moteurs cérébraux minimes, la définition se fonde au minimum sur l'importance des symptômes constatés à l'examen neurologique (niveau de handicap : lésion (« déficience » de la CIDIH 1 et 2) ; les autres troubles moteurs éventuellement associés (troubles des fonctions perceptives visuelles et spatiales, dyspraxies partielles) peuvent cependant avoir des conséquences fonctionnelles majeurs pour les activités quotidiennes (école, profession) (niveau de handicap : « incapacité »). Le retentissement du handicap sur l'activité (selon le CIDIH 2) est décisive pour l'indication de la thérapie.

### **390.4**

Un traitement psychomoteur ambulatoire peut être remboursé par l'OES s'il est destiné à des mineurs présentant une infirmité congénitale au sens du ch.390 OIC (ex l'art. 13 LAI) :

- a) en tant que poursuite d'un traitement appliqué pendant au moins une année par un physiothérapeute ou ergothérapeute formé à la méthode Bobath en cas de trouble moteur cérébral (minime). L'enfant ne doit pas avoir moins de 4 ans au début du traitement ;

- b) à la place d'un traitement par physiothérapie ou ergothérapie en cas de troubles moteurs associés à des troubles partiels perceptifs visuels ou spatiaux ou à des troubles visuoconstructifs ;
- c) chez les enfants et les adolescents présentant une paralysie cérébrale et, simultanément (outre le syndrome typique – spastique, ataxique ou dyskinétique), d'autres troubles moteurs ou psychologiques prononcés.

## **Légers troubles moteurs cérébraux (symptômes neurologiques transitoires)**

**395**

Sont considérés comme « légers troubles moteurs cérébraux » selon le ch.395OIC les symptômes neurologiques et les symptômes moteurs cérébraux transitoires chez l'enfant de moins de 2 ans : mouvements pathologiques (asymétrie, limitation de la variabilité), symptomatologie s'aggravant avec l'évolution (attitude asymétrique, opisthotonos, persistance des réflexes primitifs) et anomalie du tonus musculaire pouvant constituer un symptôme précoce de paralysie cérébrale. Attention : un trouble moteur cérébral pouvant être reconnu comme infirmité congénitale au sens du ch.395 n'équivaut pas à un diagnostic de paralysie cérébrale (ch. 390 OIC) (voir ch.m. 390.3). La physiothérapie et la surveillance médicale ne peuvent être prises en charge que jusqu'à l'âge de 2 ans.

## **Syndrome psychoorganique (SPO)**

**404.1**

L'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous le ch. 403 OIC. La reconnaissance simultanée du ch. 404 OIC est exclue.

Un syndrome psycho-organique (SPO) peut aussi bien être congénital (d'origine pré – ou périnatale) qu'acquis. Si le trouble est diagnostiqué et traité comme tel avant la fin de la 9<sup>e</sup> année et si l'anamnèse ne révèle aucune maladie grave du cerveau ni aucun traumatisme craniocérébral grave, ce trouble est réputé congénital. Si l'on se trouve en présence d'un cas d'abandonnisme de la petite enfance, le pédopsychiatre décide si celui-ci doit être, ou ne pas être, désigné comme la cause de la symptomatologie. En cas de réponse affirmative, il n'y a pas d'infirmité congénitale.

Les conditions du ch. 404 OIC peuvent être considérées comme réunies si, avant l'âge de 9 ans, on constate au moins les troubles suivants :

- ▶ troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact
- ▶ troubles des pulsions
- ▶ troubles de la perception (troubles perceptifs et cognitifs)
- ▶ troubles de la concentration et
- ▶ troubles de la faculté d'attention.

Ces symptômes doivent être démontrés cumulativement. Ils ne doivent cependant pas nécessairement apparaître simultanément mais ils peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Si, au jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans, seuls certains de ces symptômes sont médicalement attestés, les conditions du ch. 404 OIC ne sont pas remplies. Le médecin référant de l'OES doit vérifier de manière critique et sérieuse si les critères requis sont effectivement remplis.

Si nécessaire, il faut avoir un avis d'experts externes.

Les premiers examens ne doivent pas être ordonnés par l'OES, car le traitement adéquat présuppose un diagnostic déjà établi. Les frais de traitement sont pris en charge à partir de l'établissement du diagnostic.

Dans les cas douteux relatifs à des enfants de moins de 9 ans révolus, l'OES doit faire vérifier les constatations médicales en ordonnant un examen spécial par un pédopsychiatre. Cela vaut en particulier si l'enfant peut, après comme avant, fréquenter l'école publique ou si un traitement psychothérapeutique a été prescrit par un médecin autre qu'un psychiatre pour enfants et adolescents. Une psychothérapie ou le résultat d'un EEG ne permettent pas à eux seuls de tirer des conclusions suffisantes quant à la nature de l'affection.

Une infirmité congénitale neuro-cérébrale (p.ex. une 1/03 épilepsie) n'exclut pas la reconnaissance simultanée d'une infirmité congénitale indépendante relevant du ch. 404 OIC. Un SPO infantile présentant les symptômes cumulatifs nécessaires à sa reconnaissance, qui sont énumérés sous ch. 404.5, 2<sup>e</sup> paragraphe, repose d'ailleurs dans la plupart des cas sur les mêmes lésions cérébrales pré- ou périnatales et n'est pas un symptôme ou une conséquence de l'infirmité congénitale. Dans des cas plus rares, des troubles cérébraux congénitaux peuvent constituer des symptômes d'une infirmité congénitale neuro-cérébrale. De tels cas ne doivent pas être classés comme infirmité congénitale indépendante sous le ch. 404 OIC, mais doivent figurer, conformément aux ch.m. 11 et 1045, sous le chiffre de l'infirmité congénitale constituant la cause de ces symptômes. Ainsi, par exemple, une démence épileptique doit être traitée non pas sous l'angle du ch. 403 ou 404 OIC, mais sous l'angle du ch. 387 OIC. Le traitement de séquelles peut ainsi être pris en charge.

En cas de troubles congénitaux au sens du ch. 404 OIC accompagnés de troubles psychomoteurs graves, l'OES peut prendre en charge les frais d'un traitement incluant une thérapie psychomotrice, pour autant que cette dernière fasse partie du plan de traitement. L'indication et le plan de traitement ainsi que la surveillance de la thérapie doivent être prescrits par des médecins spécialisés (en pédopsychiatrie ou neuropédiatrie). La durée du traitement est de 2 ans au plus. Il est possible de le prolonger d'une année sur présentation d'un certificat émanant d'un médecin spécialisé.