



4 décembre 2020

Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI)

Rapport explicatif pour la procédure de consultation

Table des matières

1.	Contexte	3
2.	Aperçu des modifications	3
2.1	Optimisation de la réadaptation.....	3
2.2	Mesures médicales	7
2.3	Centre de compétences Médicaments	8
2.4	Tarifcation et contrôle des factures.....	8
2.5	Système de rentes	9
2.6	Gestion des cas	10
2.7	Procédure et expertises	10
2.8	Ordre de priorité de l'art. 74 LAI et de l'art. 101 ^{bis} LAVS	11
2.9	Autres mesures du Développement continu de l'AI	12
2.10	Mesures sans lien avec le Développement continu de l'AI	13
3.	Commentaire des dispositions	14
3.1	Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI).....	14
3.2	Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales	69
3.3	Ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales	70
3.4	Règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS)	76
3.5	Ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité	81
3.6	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie	82
3.7	Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents	85
3.8	Ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité	88
3.9	Ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales.....	89
4.	Conséquences financières et effet sur l'état du personnel	89
4.1	Conséquences pour la Confédération	89
4.2	Conséquences pour l'AI	91
4.3	Conséquences pour d'autres assurances sociales	92
4.4	Conséquences pour les cantons	92
4.5	Résultat du <i>quick check</i> AIR.....	93
	Annexe	94

1. Contexte

Le 15 février 2017, le Conseil fédéral a transmis au Parlement le message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI)¹. Le Parlement a adopté le projet en vote final le 19 juin 2020.²

Le Développement continu de l'AI (DC AI) a pour objectif d'améliorer, en collaboration avec les acteurs concernés, le soutien offert aux enfants, aux jeunes et aux personnes atteintes dans leur santé psychique pour renforcer leur potentiel de réadaptation et optimiser leur aptitude au placement. Pour atteindre ce but, une série de mesures ont été décidées, notamment l'intensification du suivi et du pilotage en matière d'infirmités congénitales, le soutien ciblé des jeunes au moment de leur passage dans la vie active et l'extension des offres de conseil et de suivi en faveur des personnes atteintes dans leur santé psychique. La collaboration entre les médecins, les employeurs et l'AI sera également renforcée. Le modèle de rentes actuel sera également remplacé par un système linéaire, et les instructions et expertises médicales seront régies par une réglementation s'appliquant à l'ensemble des assurances sociales et inscrite dans la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)³.

La mise en vigueur du projet, prévue le 1^{er} janvier 2022, nécessite de modifier plusieurs ordonnances. La crise du coronavirus n'a aucun impact sur les dispositions d'exécution. La majorité des modifications concernent le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI)⁴. Après un examen approfondi, il a été renoncé à une révision totale du RAI. En effet, celle-ci aurait entraîné une lourde charge de travail, tant du point de vue des travaux législatifs que pour les organes d'exécution, ce qui aurait compromis la date d'entrée en vigueur prévue. Des adaptations sont également nécessaires dans l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA)⁵, le règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS)⁶, l'ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP 2)⁷, l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)⁸, l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA)⁹ et l'ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (OACI)¹⁰. Il est aussi prévu d'inscrire la liste des infirmités congénitales, qui figure actuellement en annexe de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC)¹¹, dans une nouvelle ordonnance du département. Le chapitre 2 donne une vue d'ensemble des adaptations et de quelques modifications d'ordonnance sans lien avec le DC AI. Les modifications sont ensuite commentées au chapitre 3.

2. Aperçu des modifications

2.1 Optimisation de la réadaptation

Détection et intervention précoces

Le DC AI vise notamment à augmenter les chances qu'ont les jeunes en voie d'achever ou venant de terminer leur scolarité obligatoire de suivre une formation professionnelle adaptée

¹ FF 2017 2363

² FF 2020 5373

³ RS 830.1

⁴ RS 831.201

⁵ RS 830.11

⁶ RS 831.101

⁷ RS 831.441.1

⁸ RS 832.102

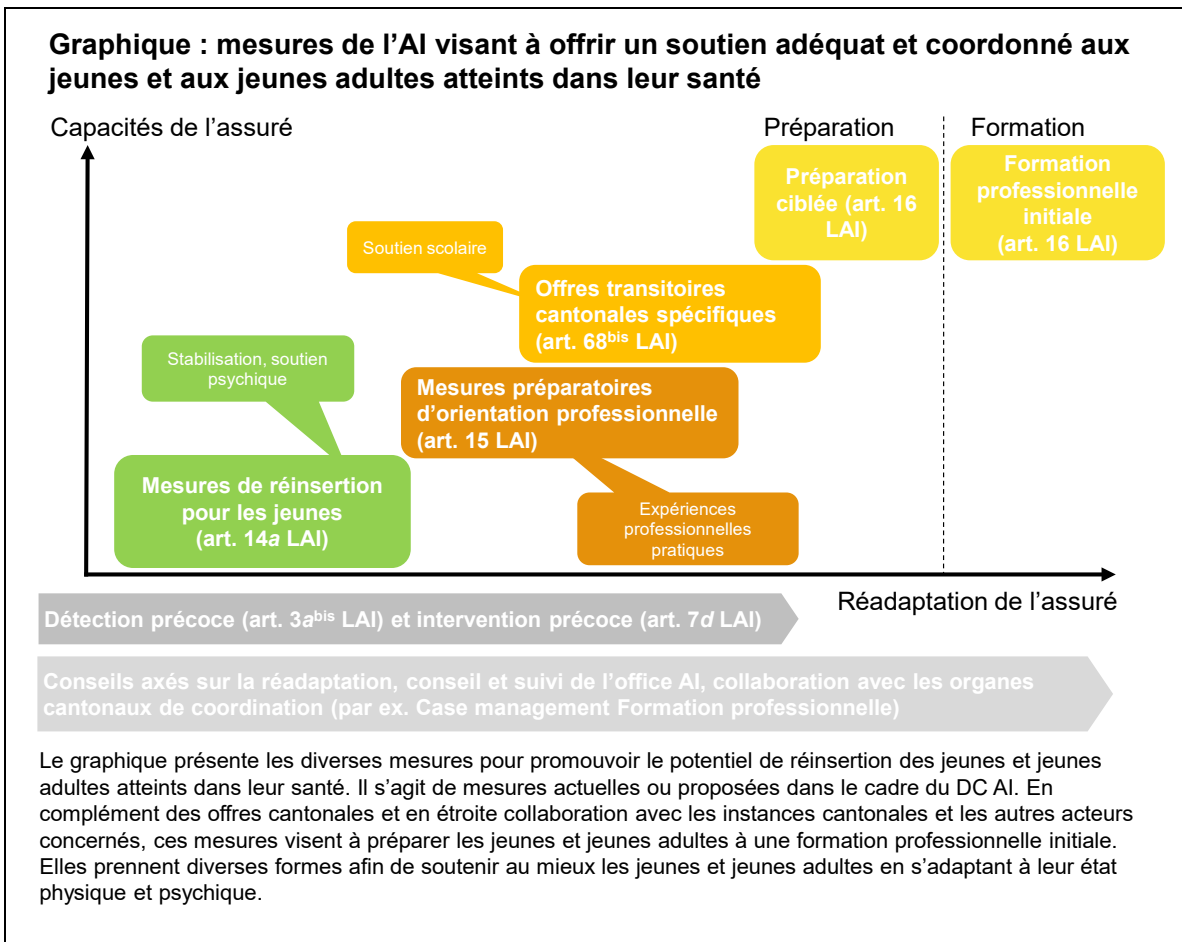
⁹ RS 832.202

¹⁰ RS 837.02

¹¹ RS 831.232.21

à leurs capacités et à leur état de santé, et à leur éviter autant que possible de devoir déposer une demande d'invalidité. Les mesures de détection et d'intervention précoces seront donc étendues aux mineurs dès l'âge de 13 ans menacés d'invalidité (cf. **graphique**). De plus, les personnes menacées d'incapacité de travail pourront aussi bénéficier des mesures de détection précoce.

Ces modifications doivent être concrétisées dans le règlement (art. 1^{er} et 1^{sexies}, al. 2 P-RAI).



Mesures de réinsertion

Le nouvel art. 14a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)¹² adopté dans le cadre du DC AI ouvre les mesures de réinsertion aux jeunes qui ne sont pas encore sur le marché du travail. Ces mesures cibleront donc les jeunes (cf. **graphique**) et seront coordonnées avec les nouvelles mesures préparatoires qui leur sont aussi destinées (art. 15, 16 et 68^{bis}, al. 1^{er}, LAI). Le RAI est donc modifié en conséquence (notamment l'art. 4^{quinquies} P-RAI). En outre, la limitation de la durée des mesures d'intégration à deux ans a été supprimée dans le cadre du DC AI. À l'avenir, des mesures de réadaptation pourront toujours être ordonnées même si elles ont déjà été accordées pour une durée totale de deux ans. Les dispositions du RAI relatives à la durée des mesures de réinsertion doivent être précisées. Enfin, la nouvelle teneur des art. 3a, 14^{quater} et 57 LAI implique de modifier les articles de l'ordonnance relatifs aux mesures de réinsertion (notamment l'art. 4^{sexies} P-RAI).

Orientation professionnelle

Au cours des débats consacrés au DC AI, le Parlement a modifié l'art. 15 LAI de sorte que tous les assurés qui éprouvent des difficultés à choisir une profession en raison de leur invalidité auront droit à une mesure de préparation à l'entrée dans la formation. Le législateur entend ainsi mieux préparer les jeunes à une formation en entreprise, par exemple au moyen

¹² RS 821.20

de stages. Le nouvel art. 4a P-RAI a pour but de préciser ces mesures afin de les positionner dans la gamme des offres relatives aux mesures préparatoires de l'AI destinées aux jeunes (cf. **graphique**) et dans les autres composantes de l'orientation professionnelle, et de leur donner une base solide. La mesure visée au nouvel art. 15 LAI ne doit pas mettre l'accent sur les lacunes scolaires ou le suivi psychothérapeutique. Elle entend plutôt promouvoir l'expérimentation d'éventuels objectifs professionnels et l'initiation aux contraintes du marché du travail primaire (stages).

Formation professionnelle initiale

Pour que la formation professionnelle initiale (FPI) (cf. **graphique**) puisse être menée à bien et déboucher sur une intégration au marché du travail (primaire) aussi durable que possible, il est important qu'elle corresponde aux aptitudes et au niveau de développement de l'assuré (cf. art. 8, al. 1^{bis}, LAI).

Avec le DC AI, l'art. 16 LAI a été complété de sorte que la FPI vise si possible l'insertion professionnelle sur le marché du travail primaire et soit mise en œuvre sur ce dernier. La norme de délégation de l'al. 4 donnera au Conseil fédéral la compétence de fixer les conditions d'octroi de mesures de formation pratiques et à bas seuil en ce qui concerne leur nature, leur durée et leur étendue.

La réglementation de la FPI doit également être concrétisée au niveau de l'ordonnance. Les points suivants seront inscrits dans le RAI :

- définition du recoupement avec l'art. 15 LAI (Orientation professionnelle) (art. 5, al. 2, P-RAI) ;
- définition de la réussite d'une FPI (art. 5, al. 3, P-RAI) ;
- précision de la norme de délégation donnée au Conseil fédéral (art. 5, al. 4 et 5, P-RAI) ;
- définition du recoupement avec l'art. 17 LAI (Reclassement) (art. 5^{bis}, al. 1, P-RAI).

Cofinancement des organes de coordination cantonaux

Le nouvel art. 68^{bis}, al. 1^{bis}, LAI prévu par le DC AI entend identifier et accompagner de manière précoce les jeunes atteints dans leur santé. L'AI pourra cofinancer les instances cantonales qui prennent en charge les jeunes présentant une problématique multiple (par ex. case management « Formation professionnelle ») si la collaboration entre les offices AI et ces instances est formalisée dans une convention (cf. **graphique**). Il sera précisé dans le RAI que les offices AI sont chargés d'établir et de contrôler ces conventions, et que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) fixe, sur mandat du Conseil fédéral, les exigences minimales qui leur sont applicables (art. 96^{bis} P-RAI). Ils tiendront compte pour ce faire des nouvelles dispositions relatives à la détection précoce (art. 3a^{bis} LAI) ainsi qu'aux conseils et au suivi (art. 14^{quater} et 57 LAI). Il s'agit de donner aux services cantonaux de coordination un financement de l'offre par objet durable et adapté aux besoins. L'ordonnance doit fixer un montant maximal pour les pourcentages de poste financés par l'AI sur la base de la part des 13 à 25 ans dans la population résidente cantonale (art. 96^{ter} P-RAI). Le tableau suivant présente la clé de répartition :

Nombre de 13-25 ans	Pourcentage de poste	Exemple de montant maximal en francs (base 2020) ¹³	Offices AI dans cette catégorie
< 10 000 jeunes	25	40 000	AI, AR, NW, OW, GL, UR
10 000 – 29 999	50	80 000	SZ, ZG, BS, SH, GR, NE, JU
30 000 – 59 999	75	120 000	LU, FR, SO, BL, TG, TI, VS
60 000 – 99 999	100	160 000	SG, AG, GE
> 100 000	200	320 000	ZH, BE, VD

Les calculs sur lesquels se base le tableau ainsi que leur mise à jour seront réglés de manière plus détaillée dans des directives.

Cofinancement des offres transitoires cantonales

Le nouvel art. 68^{bis}, al. 1^{er}, LAI entend améliorer l'accès des jeunes atteints dans leur santé aux offres transitoires cantonales des structures ordinaires : lorsqu'une convention formalise la collaboration entre l'office AI et l'instance cantonale en charge des offres, l'AI peut cofinancer les offres cantonales afin de les adapter à la situation et aux besoins de l'assuré. Le **graphique** de la page 4 montre que les offres transitoires cantonales visées à l'art. 68^{bis}, al. 1^{er}, LAI mettent l'accent sur l'encouragement scolaire, à la différence des nouvelles mesures de réinsertion destinées aux jeunes au sens de l'art. 14a LAI (accent : suivi psychologique) et des nouvelles mesures préparatoires au sens de l'art. 15 LAI (accent : examen des objectifs professionnels et suivi sociopédagogique d'une activité sur le marché du travail primaire). Il doit être précisé dans le RAI que les offices AI sont chargés d'établir et de contrôler ces conventions, et que l'OFAS fixe, sur mandat du Conseil fédéral, les exigences minimales qui leur sont applicables (art. 96^{bis} P-RAI). Afin que les offres cantonales soient conformes aux besoins, elles pourront être aménagées au moyen du financement par sujet (art. 96^{quater} P-RAI).

Location de services

Le DC AI permettra aux offices AI de faire appel à une entreprise de location de services autorisée en vertu de la loi fédérale du 6 octobre 1989 sur le service de l'emploi et la location de services (LSE)¹⁴ (art. 18a^{bis} LAI). La loi prévoit l'octroi d'une indemnité au bailleur de services pour ses prestations et pour les coûts supplémentaires dus à l'état de santé de la personne assurée, aux cotisations à la prévoyance professionnelle ou à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.

La nouvelle disposition du règlement (Art. 6^{quinquies} P-RAI) précise le montant maximum ainsi que les modalités de l'indemnité, conformément à l'art. 18a^{bis}, al. 4, LAI.

Indemnité journalière de l'AI

La nouvelle réglementation de la LAI relative aux indemnités journalières vise à mettre les jeunes atteints dans leur santé sur un pied d'égalité financière avec les personnes du même âge en bonne santé. Elle permet d'éviter que, pendant la formation, les premiers ne reçoivent des indemnités journalières plus élevées que le salaire perçu par les seconds. Le droit

¹³ En 2020, on compte environ 160 000 francs pour un équivalent plein temps (EPT). Au fil des ans, ce montant est adapté notamment au renchérissement ; c'est pourquoi les chiffres de la colonne « Montant maximal » sont purement indicatifs. Le plafond de cofinancement fixé par l'ordonnance se rapporte au nombre d'EPT.

¹⁴ RS 823.11

aux indemnités journalières sera ouvert dès le début de la formation, et cela même en l'absence d'une perte de gain et avant l'âge de 18 ans. Ce modèle permettra à l'assuré de percevoir un vrai salaire, directement versé par l'employeur en contrepartie du travail fourni.

Le RAI doit être modifié en conséquence, en particulier en ce qui concerne les modalités d'octroi des indemnités journalières durant l'instruction (art. 17, al. 2, P-RAI) et durant le délai d'attente (art. 18 P-RAI) et les bases de calcul du montant des indemnités journalières (art. 21^{octies}, al. 3, et 22, P-RAI).

Couverture accidents

L'assurance-accidents de personnes bénéficiant de mesures de l'AI (AA AI), introduite par le DC AI, offre une sécurité juridique à toutes les personnes concernées, ce qui favorisera la réadaptation. Les nouvelles dispositions permettent à l'AI de prendre en charge les coûts et obligations notamment des employeurs, dans l'optique d'inciter ces derniers à proposer des mesures de réadaptation.

En 2018, le Tribunal fédéral a, pour la première fois, jugé qu'une mesure de réadaptation de l'AI (concrètement, un placement à l'essai au sens de l'art. 18a LAI) était assujettie à la couverture accidents selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)^{15, 16}. Les dispositions relatives à la couverture accidents contenues dans le message relatif au DC AI ont donc été adaptées à la nouvelle jurisprudence.

La mise en œuvre de l'AA AI nécessite plusieurs modifications dans le RAI et l'OLAA (notamment les art. 88^{sexies} ss P-RAI ainsi que le titre 8a P-OLAA). Ces adaptations concernent principalement la procédure relative à la nouvelle branche d'assurance. Au vu de la situation spécifique des assurés bénéficiant de mesures de réadaptation, il est également nécessaire de préciser certaines modalités (notamment le salaire déterminant pour les prestations en cas d'accident).

2.2 Mesures médicales

Mesures médicales de réadaptation

Dans le DC AI, la limite d'âge pour les mesures médicales de réadaptation de l'art. 12 LAI a été relevée. Les assurés participant à une mesure de réadaptation d'ordre professionnel bénéficieront désormais de mesures médicales de réadaptation jusqu'à 25 ans. Les modalités de l'enchaînement de mesures de réadaptation d'ordre professionnel doivent être réglées dans le RAI (art. 2^{bis} P-RAI). En outre, les conditions régissant la prise en charge des coûts doivent être concrétisées de sorte qu'une mesure médicale de réadaptation doit être demandée avant le début du traitement (art. 2, al. 4, P-RAI). Cette modification entend alléger la charge administrative liée à la procédure de délimitation des compétences entre les assureurs-maladie et l'AI.

Critères de définition des infirmités congénitales et mise à jour de la liste correspondante

Le DC AI a précisé et codifié dans le sens de la LAI les critères de définition des infirmités congénitales développés sur la base de la jurisprudence. Inscrire les conditions pour la reconnaissance d'une infirmité congénitale dans la loi (diagnostic posé par un médecin spécialiste, degré de sévérité de l'atteinte à la santé, nécessité d'un traitement de longue durée ou complexe et possibilité de traitement par des mesures médicales au sens du nouvel art. 14 LAI) clarifiera les règles et créera une sécurité juridique, pour les autorités d'exécution comme pour les assurés.

Les critères d'inscription d'une infirmité congénitale sur la liste doivent être réglés de manière plus détaillée, non plus dans l'OIC, mais dans le RAI (art. 3, al. 1 à 3, 3^{bis} et 3^{ter} P-RAI). La

¹⁵ RS 832.20

¹⁶ ATF 144 V 411

tâche de définir pour quelles infirmités congénitales l'AI accorde des mesures médicales doit être transférée du Conseil fédéral au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Il est donc prévu de remplacer l'actuelle ordonnance du Conseil fédéral par une ordonnance du département (OIC-DFI).

De plus, la liste des infirmités congénitales doit être mise à jour. La nouvelle liste est basée sur une consultation des associations professionnelles concernées et a été élaborée dans le cadre d'un groupe d'accompagnement à la composition très large, où siégeaient des médecins de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de H+, de la FMH, de Pro Raris, d'Inclusion Handicap, de la Société suisse des médecins-conseils et des offices AI. Il est, par exemple, prévu de biffer de la liste les infirmités congénitales qui mettaient encore la vie en danger au moment de l'entrée en vigueur de la LAI (1960) et qui, aujourd'hui, peuvent être traitées en une seule intervention. En contrepartie, la liste doit inclure des infirmités congénitales qui provoquent de graves atteintes à la santé, dont les maladies rares.

Prestations de soins médicaux en cas de traitement à domicile

Il a été décidé que le Conseil fédéral fixerait les prestations de soins médicaux prises en charge par l'AI (art. 14^{ter}, al. 1, let. b, LAI). L'art. 3^{quinquies} P-RAI règlera les prestations de soins médicaux actuellement décrites uniquement dans les directives (lettre circulaire AI). Les prestations correspondront par analogie à celles visées à l'art. 7 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS)¹⁷, sans toutefois être identiques. Il est indiqué d'inscrire les prestations de soins dans le RAI afin de garantir juridiquement leur octroi aux assurés. L'art. 3^{quinquies} P-RAI inscrira la surveillance médicale, lancée au 1^{er} janvier 2020 dans la lettre circulaire AI 394, parmi les prestations de soins médicaux. Les soins médicaux destinés aux bénéficiaires de l'AI seront ainsi concrétisés et une procédure d'instruction standardisée sera établie pour l'allocation harmonisée des prestations.

2.3 Centre de compétences Médicaments

Le nouvel art. 14^{ter}, al. 5, LAI prévoit qu'une liste des médicaments destinés à traiter les infirmités congénitales (liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales, LS IC) sera établie pour les substances ne figurant pas déjà sur la liste des spécialités (LS). Les dispositions relatives à cette liste seront inscrites dans les nouveaux art. 3^{sexies} à 3^{octies} P-RAI : la gestion de la LS IC sera déléguée à l'OFSP qui, déjà en charge de la LS, possède l'expérience nécessaire dans l'exécution de contrôles des critères relatifs à l'efficacité, à l'adéquation et au caractère économique des médicaments (EAE). Un médicament sera inscrit sur la LS IC s'il est exclusivement indiqué pour le traitement des infirmités congénitales et que le traitement commence de manière prépondérante avant l'âge de 20 ans.

2.4 Tarification et contrôle des factures

Le Conseil fédéral a été chargé, dans le cadre du DC AI, de coordonner les tarifs du domaine de l'AI avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales (art. 27, al. 2, LAI). Les principes de tarification seront concrétisés dans le règlement par analogie aux autres assurances sociales, et en particulier à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹⁸ et à la LAA. S'agissant des mesures médicales, les art. 24^{bis} à 24^{quinquies} P-RAI introduisent les principes relatifs à la structure tarifaire et au calcul des coûts relatifs à la rémunération des prestations (ambulatoires et hospitaliers). Les conventions tarifaires relatives aux mesures de réinsertion et aux mesures d'ordre professionnel seront réglées séparément (art. 24^{sexies} P-RAI).

¹⁷ RS 832.112.31

¹⁸ RS 832.10

Le contrôle de la facturation a été concrétisé sur recommandation du Contrôle fédéral des finances (CDF)¹⁹ (art. 27^{ter} LAI). Le RAI en règle les détails (art. 79^{ter} ss P-RAI).

2.5 Système de rentes

Système de rentes linéaire

Avec l'introduction du système de rentes linéaire dans l'AI, le montant du droit aux prestations sera fixé en pourcentage d'une rente complète, et non plus par paliers d'un quart de rente. La disparition du système de paliers entraîne des adaptations formelles du RAI et du RAVS (art. 33^{bis}, al. 2, et art. 38, al. 2, P-RAI ; art. 51, al. 5, RAVS) ; une disposition transitoire portant sur la diminution des deux rentes d'un couple sera également nécessaire. Par ailleurs, les tables de rentes seront remplacées par des prescriptions relatives au calcul du montant des rentes (art. 53, al. 1, P-RAVS).

Comme le nouvel échelonnement du droit à la rente s'appliquera également aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire, l'art. 4 P-OPP 2 sera modifié.

Évaluation du taux d'invalidité

La norme de délégation accordée au Conseil fédéral par le DC AI pour le calcul du revenu déterminant a été précisée (art. 28a, al. 1, LAI). Celui-ci pourra donc régler par voie d'ordonnance le revenu avec et sans invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables.

Le nouveau système de rentes linéaire revalorisera les prestations au pourcentage près du taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité compris entre 40 % et 70 %, chaque pour cent modifiera le montant de la rente. La pratique actuelle, fondée principalement sur les directives et tirée en grande partie de la jurisprudence, sera inscrite dans la législation par voie d'ordonnance dans le cadre de la norme de délégation accordée au Conseil fédéral. L'objectif est de créer la plus grande sécurité juridique possible afin de prévenir autant que possible les litiges relatifs au calcul du taux d'invalidité.

Dans un premier temps, il s'agira de déterminer le statut de l'assuré, à savoir si ce dernier exerce une activité lucrative à plein temps, à temps partiel ou n'exerce pas d'activité lucrative (art. 24^{septies} P-RAI). Ensuite, les principes généraux applicables à la comparaison des revenus, et en particulier à la date déterminante et à l'application des valeurs statistiques, seront fixés (art. 25 P-RAI). Enfin, le revenu avec et sans invalidité sera défini, si possible sur la base du revenu effectif, sinon, sur la base de valeurs statistiques (art. 26, al. 1 et 2, P-RAI). Pour le calcul du taux d'invalidité, il est prévu d'appliquer les principes généraux aux invalides précoces ou de naissance et de renoncer à l'actuel classement par groupe d'âge jusqu'à 30 ans (art. 26 P-RAI). L'inégalité de traitement sera ainsi supprimée. Une mise en parallèle sera en principe effectuée pour les revenus sans invalidité, lorsque le salaire de l'assuré est inférieur de plus de 5 % au salaire usuel dans la branche (art. 26, al. 5, P-RAI). À l'exception de la déduction liée à l'invalidité pour le temps partiel, la déduction liée à l'atteinte à la santé disparaîtra (art. 26^{bis}, al. 3, P-RAI). Les règles s'appliquant au calcul du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel ou n'exerçant pas d'activité lucrative resteront largement inchangées (art. 27^{bis} P-RAI). Toutefois, le calcul applicable au temps partiel sera uniformisé et égalitaire du point de vue juridique. Les activités lucratives et non lucratives seront considérées comme complémentaires, de sorte que tout ce qui n'est pas réputé activité lucrative relèvera des activités du ménage (art. 27^{bis}, al. 1, P-RAI).

Le service médical régional (SMR) tiendra compte systématiquement des limitations dues à l'invalidité dans la détermination des capacités fonctionnelles (art. 49, al. 1^{bis}, P-RAI).

¹⁹ CDF (2017) : *Traitement et contrôle des factures pour les prestations individuelles de l'AVS et de l'AI - Centrale de compensation et Office fédéral des assurances sociales* Disponible sur www.cdf.admin.ch > Publications > Assurances sociales & prévoyance vieillesse.

2.6 Gestion des cas

La gestion des cas découle de l'objectif du DC AI d'assurer, en collaboration avec les acteurs pertinents et dans l'optique de renforcer leur potentiel de réinsertion, un soutien adéquat et coordonné aux enfants, aux jeunes et aux assurés atteints dans leur santé psychique.

Dans le cadre des travaux afférents aux dispositions d'exécution du DC AI, les principes de la gestion des cas, tels qu'esquissés dans le message, ont été développés, concrétisés et détaillés dans un document programmatique. En voici les points principaux :

- Le DC AI renforce et met en œuvre le principe d'une gestion des cas uniforme et systématique par les offices AI. Cette gestion accompagnera l'assuré tout au long de la procédure AI, depuis la détection précoce et l'annonce à l'AI jusqu'à la nouvelle réadaptation et à la révision de la rente, en passant par les mesures médicales, la réadaptation professionnelle, l'examen du droit à la rente et la rente elle-même. La gestion de cas mettra donc l'accent sur le besoin de réinsertion et de réadaptation de l'assuré et sur une démarche adaptée à la situation de santé, et donc aux ressources et limitations, de ce dernier.
- L'idée sous-jacente est d'octroyer les « bonnes » mesures (intervention précoce, réadaptation, rente, etc.) au « bon » moment et dans le « bon » cadre, afin d'accroître les chances de réussite. Les principaux instruments ou étapes de travail de la gestion des cas sont l'état des lieux de la situation de l'assuré, la planification des prochaines étapes et la surveillance des mesures et prestations allouées. La coordination des offices AI avec les acteurs internes et externes ainsi que de leurs prestations (év. après contrôle des tâches) sera ainsi renforcée, et l'ensemble du processus de réadaptation, respectivement, toute la procédure de l'AI sera en permanence gardé en vue.
- La gestion de cas s'appliquera aussi au domaine des mesures médicales. Actuellement, les collaborateurs des offices AI, les enfants et jeunes concernés et leurs parents (ou leurs représentants légaux) et les médecins traitants sont très peu en contact direct. Puisque ces acteurs seront amenés à collaborer, il est important d'instaurer très tôt un climat de confiance.
- La gestion de cas est particulièrement importante pour les transitions (par ex. entre les domaines de prestations de l'AI ou du fait de l'âge ou de la formation de l'assuré, etc.) : chaque transition soulève de nouvelles questions qui nécessitent un soutien ciblé de l'office AI et, le cas échéant, posent de nouveaux défis sur le plan de la collaboration avec les divers acteurs. Les mesures médicales et/ou d'ordre professionnel de l'AI seront harmonisées et coordonnées avec les tiers concernés. Il s'agit d'éviter les chevauchements et de cibler les mesures.

Afin d'uniformiser la mise en œuvre de la gestion des cas dans les offices AI, les principaux éléments en seront réglés dans le RAI, à savoir le principe, les étapes de travail et les instruments, la compétence des offices AI et l'introduction de la gestion des cas pour les mesures médicales (art. 41a P-RAI).

Les modalités pratiques seront réglées par voie de directives.

2.7 Procédure et expertises

La procédure d'instruction menée d'office vise à garantir un traitement aussi simple et rapide que possible des procédures en matière d'assurances sociales. Les droits de participation des assurés ainsi que les rôles et les compétences des organes d'exécution seront réglés dans la LPGA pour toutes les assurances sociales. De plus, les mesures en matière de procédure d'instruction sont clarifiées et uniformisées, notamment s'agissant des expertises médicales :

- si un assureur et un assuré ne parviennent pas à s'entendre sur un expert, l'assureur communique sa conclusion par décision incidente (art. 44, al. 4, LPGA). Toutefois, un accord doit si possible être trouvé par l'assureur et l'assuré avant la décision. La procédure de conciliation est précisée dans l'OPGA (art. 7j P-OPGA).
- S'agissant de l'attribution des mandats d'expertise, le Conseil fédéral peut édicter des règles pour chaque domaine des assurances sociales (art. 44, al. 7, LPGA). Les règles s'appliquant au domaine de l'AI méritent d'être révisées. Ainsi, en vue de garantir la qualité et à l'instar des expertises multidisciplinaires, les expertises bidisciplinaires sont attribuées uniquement, et de manière aléatoire, aux centres d'expertises autorisés (art. 72^{bis}, al. 1, P-RAI). De plus, les exigences relatives à la qualification professionnelle des experts médicaux désireux de travailler sur mandat d'une assurance sociale sont définies au plan fédéral (art. 7l P-OPGA).
- Les entretiens entre l'expert et l'assuré sont enregistrés (enregistrement sonore) et joints au dossier (art. 44, al. 6, LPGA). En outre, les offices AI gèreront une liste publique en vue d'assurer un maximum de transparence en matière de répartition des mandats d'expertise (art. 57, al. 1, let. n, LAI). Ces deux nouveautés sont précisées par voie d'ordonnance (art. 7k P-OPGA ; art. 41b P-RAI).
- Par ailleurs, une commission extra-parlementaire indépendante chargée de veiller à la qualité des expertises est créée (art. 44, al. 7, let. c, LPGA). Ses tâches et compétences sont réglées par voie d'ordonnance. Concrètement, il est prévu qu'elle élabore et contrôle des directives et des instruments en la matière (accréditation des centres d'expertises, normes de qualité pour les expertises, outils standardisés de contrôle de la qualité des expertises, etc.) (art. 7m et 7n P-OPGA).

Plusieurs de ces mesures prises aux niveaux de la loi et de l'ordonnance, comme la création d'une commission indépendante, la fixation de critères d'admission pour les experts médicaux et l'attribution aléatoire des mandats d'expertise bidisciplinaires, correspondent aux recommandations du rapport d'experts sur les expertises médicales dans l'AI²⁰, publié à l'automne 2020. L'étude a été rédigée par l'entreprise Interface Politikstudien Forschung Beratung, en collaboration avec le service de psychiatrie forensique de l'Université de Berne. Elle a été faite sur demande du DFI datant de fin 2019 et analyse le système de l'activité d'expert et l'attribution des mandats.

2.8 Ordre de priorité de l'art. 74 LAI et de l'art. 101^{bis} LAVS

Ordre de priorité de l'art. 74 LAI

Conformément à l'art. 74, al. 1, LAI, l'AI alloue des aides financières aux organisations faîtières de l'aide privée aux invalides. Le nouvel art. 75 LAI crée la base d'un ordre de priorité à l'échelon du Conseil fédéral, qui règlera la répartition de ces aides dans les limites du plafond fixé. Concrètement, l'art. 75 LAI accordera une norme de délégation au Conseil fédéral portant sur l'ordre de priorité de l'allocation des subventions. Le mécanisme de répartition des ressources sera défini dans le RAI : il s'appliquera lorsque les demandes de subvention reçues ou attendues dépassent les ressources disponibles (art. 108^{quinquies} P-RAI). Par ailleurs, une gestion de la nature des prestations s'appliquera à l'ensemble du volume des subventions (art. 108^{sexies} et 108^{septies} P-RAI). Il est prévu de promouvoir, au moyen de projets, la mise en place de nouvelles prestations ou le développement de prestations existantes. Les projets devront en particulier promouvoir l'inclusion avec pour point central les enfants, les adolescents, les jeunes adultes et les personnes qui présentent des troubles psychiques. L'OFAS définira dans une nouvelle ordonnance la procédure d'octroi pour les projets soumis (art. 108^{septies} P-RAI). Le soutien de nouvelles mesures au sens du DC AI sera ainsi renforcé.

²⁰ Müller, Franziska / Liebrecht, Michael / Schleifer, Roman / Schwenkel, Christof / Balthasar, Andreas (2020) : *Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung: Bericht zuhanden des Generalsekretariats des Eidgenössischen Departements des Innern EDI (GS-EDI)*. Disponible sous : <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/63204.pdf> (en allemand).

Des représentants des organisations d'aide aux personnes handicapées participeront à l'élaboration de cette ordonnance, notamment pour ce qui est de la question des projets (organisation, durée, partenaires, etc.).

Ordre de priorité de l'art. 101^{bis} LAVS

La mise en œuvre de l'art. 101^{bis} de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)²¹, modifié comme suit dans le cadre du DC AI, exige de réviser le RAVS.

- *Montant maximal pour l'allocation des aides financières* : Il est prévu que le Conseil fédéral fixera tous les quatre ans le montant maximal annuel pour l'allocation des aides financières, en tenant compte du renchérissement. Il fixera également un plafond pour la participation du Fonds AVS à l'aide privée aux invalides de l'art. 224^{bis} E-RAVS. Le montant proposé au Conseil fédéral se fondera sur un examen des aides financières versées et sur une estimation des besoins futurs, notamment les besoins liés à l'évolution démographique. L'adaptation ne se fera donc pas automatiquement, mais sur la base du besoin attesté. L'OFAS préparera la base de décision. L'assurance pourra financer les études effectuées sur mandat.
- *Ordre de priorité* : L'ordre de priorité, au sens de l'art. 13, al. 2, de la fédérale du 5 octobre 1990 sur les subventions (LSu)²², dans lequel les subventions au sens de l'art. 101^{bis} LAVS sont octroyées dans le cas où les requêtes dépassent le montant maximal, doit être défini dans le RAVS.

La modification du RAVS permet en outre de limiter la contribution financière de la Confédération, conformément aux exigences de la gestion des aides financières. L'ordonnance doit fixer un plafond correspondant à 50 % (80 % dans des cas exceptionnels) des coûts effectifs des organisations pour les prestations subventionnées. Cette règle est déjà appliquée en pratique, sur la base de la LSu et à la suite des recommandations du CDF²³.

Du fait des différences de contenu, les modalités peuvent diverger de celles s'appliquant à l'ordre de priorité de l'art. 74 LAI.

2.9 Autres mesures du Développement continu de l'AI

Convention de collaboration

Le nouvel art. 68^{sexies} LAI fournit la base légale permettant au Conseil fédéral de conclure des conventions de collaboration avec les organisations faïtières du monde du travail en vue de renforcer la réadaptation, le maintien en emploi et la nouvelle réadaptation de personnes handicapées et à l'AI de participer au financement de ces mesures. Dans ce contexte, deux nouveaux articles du RAI (art. 98^{ter} et 98^{quater} P-RAI) proposent de déléguer au DFI la compétence de conclure des conventions de collaboration et de régler le contenu des conventions et les conditions d'octroi des aides financières de l'AI (par renvoi à la LSu).

Indemnité journalière de l'assurance-chômage

Actuellement, les bénéficiaires d'une rente AI dont la rente a été réduite ou supprimée suite à une révision (art. 17 LPGA ou art. 8a LAI) ont droit à 90 indemnités journalières de l'assurance-chômage au plus (art. 27, al. 4, de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; LACI)²⁴. Les nouveaux art. 68^{septies} LAI et 27, al. 5, et 94a, LACI étendent ce droit à 180 indemnités journalières et autorisent l'AI à prendre en charge les indemnités journalières dès le 91^e jour. Le nouvel art. 120a P-OACI

²¹ RS 831.10

²² RS 616.1

²³ CDF (2013) : *Beiträge zur Förderung der Altershilfe – Bundesamt für Sozialversicherungen*. Disponible sur www.cdf.admin.ch
> Publications > Assurances sociales & prévoyance vieillesse > Archives Assurances sociales & prévoyance vieillesse.

²⁴ RS 837.0

réglera la procédure de décompte des coûts entre l'AI et l'assurance-chômage débutant le 91^e jour des indemnités journalières.

Locaux

Le nouvel art. 68^{octies} LAI habilite le Conseil fédéral à charger Compenswiss d'acquérir, de construire ou de vendre les locaux nécessaires aux organes d'exécution de l'AI. L'art. 56 P-RAI sera adapté en conséquence.

2.10 Mesures sans lien avec le Développement continu de l'AI

Frais administratifs

L'OFAS envisage de piloter les frais d'administration des offices AI par enveloppe budgétaire et pour une période supérieure à 1 an (budget). Dans son rapport du 27 juin 2019 concernant le remboursement des frais aux offices AI²⁵, la CDF recommande également de gérer ces frais par cycles pluriannuels. En effet, allonger la durée des cycles de planification et de gestion renforcera la sécurité de planification, pour la surveillance comme pour les organes d'exécution.

Le RAI doit être modifié de sorte que les offices AI établissent, en accord avec la logique de planification de la Confédération et des cantons et sur la base d'une période de planification de quatre ans, un budget pour l'année suivante et un plan financier pour les trois années qui suivent ; l'OFAS contrôlera ces comptes (art. 53, al. 2, P-RAI).

Contribution d'assistance

L'évaluation de la contribution d'assistance (2012 à 2016)²⁶ a attiré l'attention sur le fait que les forfaits de nuits ne sont pas suffisants. L'urgence des adaptations dans ce domaine a encore augmenté en raison du modèle complétant les contrats-types de travail fédéraux ou cantonaux pour les travailleurs de l'économie domestique (modèle CTT) mis à disposition des cantons par le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) dans le but d'améliorer la situation des personnes qui s'occupent 24 heures sur 24 de personnes âgées ou handicapées à la maison. Les actuels forfaits de nuit de la contribution d'assistance ne permettent pas de rémunérer les assistants conformément à ces dispositions.

Afin de trouver une solution à cette problématique, un groupe de travail, constitué de représentants de l'OFAS, de la Conférence des offices AI, des organisations pour personnes handicapées, de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) et de la Conférence des chefs des départements cantonaux de l'économie publique (CDEP), a analysé plusieurs possibilités et retenu une variante. Celle-ci prévoit, conformément aux recommandations du SECO, de relever le montant maximal du forfait de nuit de 88 fr. 55 à 160 fr. 50 (art. 39f, al. 3, P-RAI).

Il est également prévu de supprimer la limitation du droit à des prestations de conseil, actuellement fixée à une seule fois. Cette modification découle des discussions menées avec les organisations pour personnes handicapées suite à l'évaluation de la contribution d'assistance. Certes, les prestations de conseil sont surtout demandées en début de contrat, et servent à organiser la prestation (engager du personnel, établir des contrats de travail, souscrire des assurances perte de gain, etc.). Toutefois, la pratique montre qu'elles s'avèrent aussi nécessaires par la suite, contrairement à ce qui était attendu, et ceci dans une mesure qui dépasse les quelques heures qui avaient été estimées.

²⁵ CDF (2019) : *Remboursement des frais aux offices AI - Office fédéral des assurances sociales*, disponible sur www.cdf.ad-min.ch > Publications > Assurances sociales & prévoyance vieillesse.

²⁶ Guggisberg, Jürg / Bischof, Severin (2017): *Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2016*. PR-AI, Numéro du rapport 8/17. Peut être consulté sur: www.bsv.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.

Frais de voyage

L'expression « rayon local » utilisée à l'art. 90, al. 2, RAI pose toujours problème en pratique. De même, le montant maximal de 10 francs par mois et par personne (y c. accompagnant) prévu par les directives est difficilement applicable de manière uniforme. Au vu du travail disproportionné qu'entraîne le contrôle, l'expression sera biffée de l'art. 90, al. 2, RAI.

3. Commentaire des dispositions

3.1 Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI)

Art. 1^{ter}, al. 1

Suite à l'extension de la détection précoce (cf. art. 3a^{bis}, al. 2, LAI), les critères prévus à l'actuel art. 1^{ter}, al. 1, let. a et b, RAI sont supprimés.

Art. 1^{quinqies}

Cet art. est abrogé. L'entretien de détection précoce est mené dans le cadre de la gestion des cas (cf. art. 41a, al. 2, let. a, RAI).

Art. 1^{sexies}, al. 2

Le nouvel **al. 2** précise les conditions d'octroi des mesures d'intervention précoce pour les mineurs dès l'âge de 13 ans pendant la scolarité obligatoire.

L'extension des mesures d'intervention précoce à ces jeunes doit respecter la réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). La scolarisation des enfants et des jeunes étant du ressort des cantons (y c. écoles spéciales, *time-out*, pédagogie curative, etc.), l'AI ne peut pas octroyer de mesures d'intervention précoce (cours ou autres structures de jour, par ex.) durant la période de scolarité obligatoire.

Lorsqu'une atteinte à la santé justifie le dépôt d'une demande de prestations de l'AI, le besoin de soutien des écoliers est évalué de manière conjointe par les instances scolaires et l'office AI en fonction de la situation. Les mesures d'intervention précoce peuvent être octroyées dans les cas où les mesures mises en place par les instances scolaires et cantonales se révèlent insuffisantes et que des mesures d'orientation professionnelle et de placement spécialisées en fonction du handicap sont nécessaires pour faciliter l'accès à une FPI et l'entrée sur le marché du travail.

Art. 2

L'art. 2 RAI est complété sur divers aspects et adapté à la jurisprudence. Les différentes règles actuelles, notamment celles prévues aux al. 2 à 5, restent valables, mais sont désormais régies au niveau des circulaires, car elles n'ont pas un caractère législatif.

Art. 2, al. 1

L'al. 1 est adapté à la jurisprudence et simplifié. Afin d'insister davantage sur la délimitation par rapport aux prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS), la formulation de la LAI est reprise. Dès lors, une mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI ne peut jamais avoir pour objet le traitement de l'affection en tant que telle mais, au contraire, ne peut être initiée qu'au terme de ce traitement. Pour déterminer le moment auquel le traitement de l'affection en tant que telle est achevé, la notion d'« état de santé relativement stabilisé » posée par la jurisprudence est inscrite dans le règlement. Contrairement à la jurisprudence, on a cependant ici renoncé au terme de « relativement », qui manque de précision. Il faut ainsi se trouver dans une situation dans laquelle le traitement de l'affection est achevé et les mesures médicales ne permettent plus d'améliorer de façon importante l'état de santé, mais visent essentiellement à renforcer l'aptitude à la réadaptation.

Il est renoncé au critère selon lequel les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales, d'autant plus que l'al. 2 définit en détail ces conditions et renvoie à l'art. 14, al. 2, LAI révisé.

Art. 2, al. 2

L'art. 14, al. 2, LAI révisé prévoit désormais explicitement que les mesures médicales doivent respecter les critères EAE. Le nouvel art. 14^{ter}, al. 2, LAI octroie au Conseil fédéral la compétence de permettre un remboursement également si l'un de ces trois critères n'est pas (encore) rempli ou si les mesures sont prises en charge par l'AI à des fins de réadaptation, dans une plus large mesure ou à d'autres conditions que l'AOS (voir aussi le commentaire de l'art. 2^{ter})²⁷. Le Conseil fédéral fait usage de cette compétence réglementaire. Les coûts peuvent ainsi également être pris en charge lorsque l'efficacité des mesures n'est pas encore entièrement attestée et doit être expérimentée plus avant ou, si la réussite d'une réadaptation paraît hautement vraisemblable, lorsque les économies susceptibles d'être réalisées en cas de réadaptation réussie sont supérieures à la charge supplémentaire du traitement. En pareils cas, l'économicité se mesure à l'aune non seulement du bénéfice médical en termes d'amélioration de l'état physique ou psychique, mais aussi des économies attendues grâce à la réadaptation.

Concernant les exigences en matière d'efficacité, il est renoncé à une disposition d'exception. Selon les critères d'évaluation de l'efficacité actuels dans le cadre de l'AOS (contrairement au commentaire de l'art. 14^{ter}, al. 3, LAI figurant dans le message concernant le DC AI²⁸), des études cliniques randomisées ne sont en effet pas toujours nécessaires, seul le niveau attendu de preuve de l'efficacité étant requis, et il est aussi possible de s'appuyer sur des avis d'experts largement partagés en l'absence de données d'étude suffisantes.

Art. 2, al. 3

Ces dernières années, les procédures judiciaires portant sur des litiges relatifs à la prise en charge des mesures médicales de réadaptation entre l'AI et les assureurs-maladie se sont multipliées. Ces conflits étaient lourds du point de vue administratif et mobilisaient les ressources déjà limitées des médecins des offices AI. C'est pourquoi la question de savoir si l'on est face à un traitement de l'affection en tant que telle ou à une mesure médicale de réadaptation une fois ce traitement terminé ne doit à l'avenir plus être clarifiée rétroactivement, mais dès le début de la mesure au sens de l'art. 12 LAI. Désormais, l'AI rembourse par conséquent les mesures en vertu de l'art. 12 LAI uniquement si le pronostic favorable du médecin traitant parvient à l'office AI compétent avant le début de la mesure médicale. En cas de litige sur la prise en charge des coûts, l'obligation d'avancer les prestations incombant à l'assureur-maladie conformément à l'art. 70, al. 2, let. a, LPGA reste applicable.

Art. 2, al. 4

Actuellement, l'obligation de fixer la nature (par ex. type d'intervention), la durée (horizon temporel) et l'étendue (intensité/fréquence, nombre et durée des séances) des prestations est réglée au ch. 32 de la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM). Après que le CDF, dans son rapport du 16 octobre 2018 relatif à l'audit de suivi sur les mesures médicales de l'assurance-invalidité et sur le contrôle des coûts des moyens auxiliaires²⁹, a critiqué le fait que l'octroi de prestations (décisions ou communications) intervenait sans indication de la nature, de la durée et de l'étendue, une obligation en ce sens est désormais explicitement inscrite dans le règlement : les mesures médicales de réadaptation ne peuvent pas être remboursées sans limitation de durée ; il convient d'examiner régulièrement si elles contribuent à atteindre l'objectif thérapeutique et renforcent effectivement l'aptitude à la réadaptation. La fréquence de cet examen dépend de la nature de l'atteinte et du type de traitement. Il doit toutefois être opéré tous les deux ans au minimum.

²⁷ Pour des explications complémentaires, voir FF 2017 2478.

²⁸ FF 2017 2478 s.

²⁹ CDF (2018) : *Audit de suivi sur les mesures médicales de l'assurance-invalidité et sur le contrôle des coûts des moyens auxiliaires* – Office fédéral des assurances sociales. Disponible à l'adresse : www.efk.admin.ch > Publications > Santé.

Art. 2^{bis}

Dans le cadre du DC AI, l'âge limite pour le droit à des mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI est relevé à 25 ans dans les cas où les assurés suivent une mesure d'ordre professionnel au moment d'atteindre l'âge de 20 ans.

Art. 2^{bis}, al. 1

L'al. 1 prévoit que le remboursement des mesures médicales de réadaptation peut être poursuivi si une mesure d'ordre professionnel a été achevée ou interrompue, mais qu'une nouvelle mesure de ce type a déjà été octroyée au moment où la précédente se termine. La durée maximale entre les mesures d'ordre professionnel est définie au niveau des directives. La poursuite du remboursement des mesures médicales de réadaptation est en outre soumise à la condition qu'elles soient nécessaires au succès de la réadaptation.

Art. 2^{bis}, al. 2

L'al. 2 précise que, dans certains cas, le remboursement des mesures médicales de réadaptation peut également être poursuivi lorsque la prochaine mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'a pas encore été octroyée. Si, en cas d'interruption d'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel, l'office AI arrive à la conclusion que le potentiel de réadaptation de l'assuré n'est pas encore épuisé et estime ainsi comme prévisible la réussite d'une autre mesure professionnelle, le remboursement des mesures médicales de réadaptation peut être pris en charge par l'AI, dès lors qu'elles sont nécessaires au succès de la réadaptation et que la durée entre les deux mesures professionnelles n'excède pas six mois.

Art. 2^{ter}

Dans la pratique de l'AI, des questions se sont toujours posées quant à la définition de l'aptitude à la réadaptation. Cet article vise par conséquent à préciser, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, que les exigences posées à l'aptitude à la réadaptation ne doivent pas être particulièrement ambitieuses : la notion de « capacité à fréquenter l'école » est ainsi concrétisée en ce sens que l'assuré doit fréquenter une école ordinaire, une école spéciale ou une école privée. La notion de « formation professionnelle initiale » recouvre également les formations de ce type qui ne sont pas financées par l'AI. Enfin, la notion de « capacité à exercer une activité lucrative » doit aussi englober les activités sur le marché secondaire du travail (par ex. emplois protégés).

Art. 3

Art. 3, al. 1, let. a à c

La définition des infirmités congénitales au sens de l'art. 3, al. 2, LPGA demeure inchangée. L'art. 13 LAI révisé concrétise les conditions auxquelles les infirmités congénitales sont reconnues par l'AI. L'art. 3 P-RAI précise les notions mentionnées à l'art. 13 LAI. Les infirmités congénitales au sens du nouvel art. 13, al. 2, LAI sont définies selon les critères non cumulatifs énumérés ci-après.

Let. a : Sont considérées comme malformations congénitales les malformations d'organes ou de membres présentes à la naissance.

Let. b : On entend par maladies génétiques les affections dues à une modification du patrimoine génétique (mutation ou anomalie génétique). Elles ne doivent toutefois pas nécessairement se manifester en période périnatale. Il y a affection au sens de la let. b lorsqu'elle est diagnostiquée avant l'âge de 20 ans (par ex. amyotrophie spinale).

Let. c : L'affection doit être présente durant la période prénatale ou périnatale, c'est-à-dire qu'elle existe déjà au moment de la naissance ou est apparue au plus tard sept jours après.

Art. 3, al. 1, let. d à g

Le nouvel art. 13 LAI codifie les cinq critères cumulatifs de définition des infirmités congénitales élaborés par la jurisprudence. Les critères d'« atteinte à la santé », de « traitement de longue durée ou complexe » et de « possibilité de traitement » doivent être précisés dans le

règlement, ce qui est fait à l'art. 3, al. 1, let. d à g, P-RAI. Les autres critères énumérés dans la loi ne doivent pas être précisés au niveau du règlement.

Art. 3, al. 1, let. d

Il est nécessaire de définir le critère d'« atteinte à la santé », parce que la dernière phrase du commentaire de l'art. 13, al. 2, let. b, LAI du message sur le DC AI³⁰ prête à confusion. La mention d'une future limitation dans l'exercice d'une activité lucrative est trompeuse, car le nouvel art. 13 LAI se réfère à des infirmités congénitales sans rapport avec l'activité lucrative.

Art. 3, al. 1, let. e et f

L'art. 13, al. 2, let. d, LAI introduit le critère de « traitement de longue durée ou complexe ».

Let. e : Un traitement est réputé « de longue durée » lorsqu'il dure plus d'un an.

Let. f : Un traitement est réputé « complexe » lorsqu'il implique au moins trois disciplines médicales.

Art. 3, al. 1, let. g

On considère qu'une affection peut être traitée lorsque des mesures médicales peuvent influencer positivement l'évolution de la maladie. C'est le cas lorsque le traitement médical améliore l'état de santé de la personne, ou lorsqu'il ralentit ou stoppe l'évolution progressive de la maladie.

Les anomalies chromosomiques (par ex. trisomie 13 ou syndrome de Patau) ne sont pas considérées comme des infirmités congénitales au sens du nouvel art. 13 LAI, car elles ne sont en elles-mêmes pas curables. La trisomie 21 n'est pas curable non plus. Le nouvel art. 13, al. 3, LAI prévoit toutefois une exception pour le traitement de la trisomie 21³¹.

Art. 3, al. 2 et 3

Cet alinéa reprend le contenu des 2^e et 3^e phrases de l'art. 1, al. 1, OIC dans sa version actuellement en vigueur. La simple prédisposition à une maladie, en particulier génétique, n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. Cela signifie que l'infirmité congénitale ne doit pas impérativement pouvoir être diagnostiquée dès la naissance ou dans les sept jours qui suivent. Il doit s'agir d'une affection dont les effets se manifestent avant l'âge de 20 ans.

Art. 3, al. 4

À l'heure actuelle, l'obligation de fixer la nature (par ex. type d'intervention), la durée (horizon temporel) et l'étendue (intensité/fréquence, nombre et durée des séances) des prestations est réglée au ch. 32 de la CMRM. Afin que l'octroi de prestations (décisions ou communications) n'intervienne plus sans indication de la nature, de la durée et de l'étendue, une obligation en ce sens est désormais explicitement inscrite dans le règlement : les mesures médicales ne peuvent pas être remboursées sans limitation de durée. Il convient d'examiner régulièrement si elles contribuent à atteindre l'objectif thérapeutique et si elles servent au but de réadaptation. La fréquence de cet examen dépend de la nature de l'atteinte et du type de traitement. Lorsqu'un traitement est accordé pour une durée excédant deux années, une évaluation approfondie et un exposé des motifs sont nécessaires, à la différence des mesures médicales de réadaptation au sens du nouvel art. 2 P-RAI. En effet, à son al. 4, ce dernier prévoit également un examen, mais celui-ci doit intervenir tous les deux ans au minimum (cf. commentaire de l'art. 2, al. 4, P-RAI).

³⁰ FF 2017 2476

³¹ Cf. motion Zanetti 13.3720 « Ajouter la trisomie 21 à la liste des infirmités congénitales » du 18 septembre 2013

Art. 3^{bis}

Art. 3^{bis}, al. 1

À l'avenir, l'OIC demeurera une ordonnance autonome. La reconnaissance des infirmités congénitales par l'AI repose pour l'essentiel sur une évaluation médicotechnique. La liste étant appelée à être modifiée plus fréquemment à l'avenir, la compétence réglementaire est directement déléguée au DFI. Cela permet de réagir plus vite à l'évolution de la médecine, les maladies rares pouvant ainsi par exemple être plus rapidement inscrites dans la liste des infirmités congénitales. L'ordonnance et son annexe doivent dorénavant être conçues sous forme d'ordonnance du département.

Art. 3^{bis}, al. 2

Cet article s'inspire de la réglementation de l'art. 75 OAMal, qui octroie au DFI la compétence d'édicter des prescriptions réglant la constitution des listes (liste des analyses, liste des médicaments avec tarif, liste des spécialités).

Désormais, toute personne aura en tout temps la possibilité d'introduire auprès de l'OFAS une demande d'inscription d'une infirmité congénitale dans la liste des infirmités congénitales. L'OFAS définit les exigences applicables à une telle demande et met à disposition sur Internet un formulaire officiel à cet effet. Il procède à une vérification des demandes et, dès lors qu'elles sont complètes, les soumet au DFI. Le DFI statue en dernier ressort quant à l'admission d'une infirmité congénitale sur la liste des infirmités congénitales. En vertu de la présente délégation de compétence, il a la possibilité d'introduire des dispositions plus précises au niveau de l'ordonnance.

Art. 3^{ter}

Il est à l'avenir renoncé à régler de manière spécifique la prise en charge des coûts de séjour. L'actuel art. 3^{ter} RAI, qui reprend la règle de l'art. 90 RAI, est de nature purement déclaratoire. Une réglementation supplémentaire est par conséquent inutile à l'art. 3^{ter} P-RAI.

Art. 3^{ter}, al. 1 et 2

Les al. 1 et 2 de l'art. 3^{ter} reprennent les dispositions de l'art. 2, al. 1, et de l'art. 3 OIC, qui règlent la durée du droit aux mesures médicales. Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant (art. 3, al. 2, LPGA). Conformément à l'al. 1, le droit aux mesures médicales s'ouvre au plus tôt après la naissance accomplie de l'enfant. Cette disposition permet ainsi de préciser que l'AI ne prend pas en charge les traitements initiés avant la naissance. Le droit s'éteint lorsque la personne atteint l'âge de 20 ans, même si les mesures médicales commencées auparavant pour traiter l'infirmité congénitale sont poursuivies. La compétence incombe dès ce moment à l'AOS.

Il a été renoncé à concrétiser l'art. 14, al. 1, let. g, LAI révisé au niveau du règlement. En application de l'art. 51 LAI, tous les frais de voyage et de transport médicalement nécessaires continuent à être pris en charge.

Art. 3^{quater}

Cet art. est abrogé. Son contenu est repris en substance à l'art. 24^{quater}, al. 1, P-RAI.

Art. 3^{quinquies}

Les prestations de soins prises en charge par l'AI n'ont cessé d'être améliorées et étendues ces dernières années. La surveillance médicale est venue s'y ajouter le 1^{er} janvier 2020 avec la lettre circulaire AI n° 394³². Les prestations de surveillance médicale de longue durée et de courte durée sont désormais comprises dans les mesures d'« examen et de traitement », ce qui permet de mieux tenir compte du droit à des soins à domicile adaptés aux besoins des enfants et adolescents gravement handicapés.

³² Consultable à l'adresse : <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/12495/download>

Comme pour toutes les prestations en nature, l'OFAS détermine également ici l'étendue et le contenu des prestations, en concertation avec les associations de fournisseurs de prestations.

La lettre circulaire AI n° 394 décrit les modalités d'octroi des prestations de soins sous forme de directive et contient des liens vers les documents pour l'instruction.

Art. 3^{quinièmes}, al. 1

L'AI prend en charge les prestations de soins fournies par du personnel soignant dans le cadre de soins à domicile. Par domicile, on entend ici le lieu de résidence d'une personne au sens strict : son appartement, respectivement les lieux où elle est à la maison.

Art. 3^{quinièmes}, al. 2

L'AI et l'AOS règlent des domaines de droits différents selon le but et les prestations à fournir. Les principes applicables dans un domaine ne sont donc pas transposables simplement à l'autre. Les domaines de prestations respectifs de l'AI et de l'AMal sont fondés sur des législations différentes, ce qui explique l'hétérogénéité des conditions d'octroi et de l'étendue des prestations. C'est pourquoi les prestations de soins de l'AI ne correspondent que par analogie à celles décrites à l'art. 7, al. 2, let. a et b, OPAS, à savoir :

- a. les mesures d'instruction, de conseil et de coordination permettant d'évaluer, de planifier et de documenter les besoins en soins du patient. Elles englobent en outre les instructions aux parents et leur supervision régulière par le personnel soignant. Des tâches de coordination peuvent également entrer en considération dans ce cadre. Les mesures correspondent par analogie aux prestations énumérées à l'art. 7, al. 2, let. a, OPAS ;
- b. les mesures d'examen et de traitement, qui correspondent aux prestations de soins médicaux. En font par exemple partie les mesures thérapeutiques pour la respiration et l'administration entérale ou parentérale de solutions nutritives. Ces mesures correspondent par analogie aux prestations énumérées à l'art. 7, al. 2, let. b, OPAS.

Art. 3^{quinièmes}, al. 3

Lors d'un séjour à l'hôpital, les prestations de soins médicaux font partie de la prestation globale à fournir, qui est remboursée selon un forfait journalier ou par cas. Une prise en charge additionnelle des prestations de soins par l'AI conduirait à un remboursement à double. Les séjours en établissement médico-social (EMS) ne sont pas remboursés par l'AI.

Art. 3^{quinièmes}, al. 4

Afin que le processus de détermination des prestations de soins médicaux prises en charge par l'AI puisse être tenu à jour, il est nécessaire que l'OFAS définisse l'étendue et le contenu des mesures visées à l'al. 2 au niveau des directives.

Art. 3^{quinièmes}, al. 5

La surveillance médicale de longue durée constitue une mesure médicale au sens de l'art. 7, al. 2, let. b, OPAS. On entend dans ce cadre les soins prodigués à un enfant ou à un adolescent, pour lequel une situation mettant en danger sa santé ou même sa vie peut survenir à tout moment et nécessiterait alors l'intervention de personnel médical qualifié.

L'étendue de la surveillance médicale de longue durée prise en charge par l'AI est définie lors d'une procédure d'instruction standardisée, qui a été mise au point en collaboration avec les fournisseurs de prestations. Cela permet une détermination uniforme des besoins, tout en garantissant l'égalité de traitement entre assurés. Outre le besoin de soins proprement dit, tant les ressources de l'environnement familial que les circonstances aggravantes sont prises en compte.

Les prestations de surveillance médicale de longue durée sont limitées à quelques pathologies graves et sont surtout indiquées pour les enfants dépendants, qui ne sont pas en mesure d'exprimer leurs besoins. Avec l'âge, l'assuré gagne en indépendance quant à la gestion de son affection et parvient à mieux communiquer, ce qui se traduit généralement par

une diminution de l'étendue des prestations de surveillance. Au moment du transfert à l'assurance-maladie de l'obligation de verser des prestations lorsque l'assuré atteint l'âge de 20 ans, les cas dans lesquels le besoin de telles prestations existe encore sont par conséquent rares, de sorte qu'il ne faut pas s'attendre à des difficultés de coordination.

En règle générale, les enfants et adolescents devraient être soignés et surveillés par leurs parents ou par des proches pendant au moins huit heures par jour. D'un point de vue pédagogique, ceci est important pour permettre à l'enfant ou à l'adolescent le meilleur développement possible. Par ailleurs, cela favorise le respect de la sphère intime, l'autonomie de la famille et les liens entre enfant, parents et frères et sœurs. Dans des situations particulières, cette durée de huit heures peut être réduite et l'AI peut rembourser les prestations médicales à hauteur de 24 heures par jour. Tel est par exemple le cas lorsque le représentant légal n'est pas en mesure d'assumer les huit heures pour des raisons de santé.

L'OFAS réglant ces exceptions, des adaptations peuvent être décidées et mises en œuvre rapidement. La coordination avec d'autres prestations de l'AI est assurée.

Art. 3^{sexies}

Art. 3^{sexies}, al. 1

Pour l'application du nouvel art. 14^{ter}, al. 5, LAI, il convient de déterminer l'office fédéral compétent pour dresser la nouvelle liste des médicaments. En raison de sa grande expérience et de la nécessité d'une coordination avec la procédure d'admission dans la LS conformément aux art. 64a ss OAMal, cette tâche doit être déléguée à l'OFSP. Comme c'est le cas pour l'établissement de la LS, ce dernier doit être conseillé par la Commission fédérale des médicaments conformément à l'art. 37e OAMal.

La désignation LS IC (liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales) se fonde sur celle de la LS existante, parce que la procédure d'admission des médicaments ainsi que l'opérationnalisation des critères EAE doivent être identiques. En outre, savoir si un médicament est inscrit sur la LS ou la LS IC ne revêt d'importance ni pour l'assuré ni pour le fournisseur de prestations en ce qui concerne le remboursement :

- LS : l'AOS et l'AI (en vertu de l'art. 3^{novies}, al. 1, let. a, P-RAI) remboursent les médicaments figurant sur la LS ;
- LS IC : l'AI rembourse les médicaments figurant sur la LS IC en présence d'une infirmité congénitale, et ce, jusqu'à l'âge de 20 ans (art. 3^{novies}, al. 2, let. a, P-RAI). L'AOS rembourse les médicaments figurant sur la LS IC conformément à l'art. 52, al. 2, LAMal révisé, en principe pour les adultes ou pour les enfants qui ne remplissent pas les conditions d'assurance de l'AI.

Lors de l'admission d'un médicament dans la LS ou la LS IC, il faut systématiquement tenir compte du fait que les deux listes de médicaments peuvent en principe s'appliquer aussi bien à des enfants qu'à des adultes. Cela peut par exemple conduire à ce que différentes limitations liées à l'âge, etc. (cf. art. 73 OAMal) soient définies lors de l'admission dans la LS ou la LS IC. Dans le cadre de l'admission d'un médicament dans la LS IC, les critères EAE doivent également être vérifiés pour l'utilisation du médicament chez les adultes et les conditions correspondantes doivent être inscrites dans la limitation au sens de l'art. 73 OAMal. Les charges et les conditions de traitement des adultes peuvent ainsi varier de celles s'appliquant aux enfants. L'introduction d'une règle spécifique en ce sens dans l'OAMal n'est donc pas nécessaire, car cela découle logiquement des dispositions.

Art. 3^{sexies}, al. 2

Un médicament n'est admis dans la LS IC que lorsqu'il est indiqué exclusivement pour le traitement d'infirmités congénitales visées à l'art. 3^{bis}, al. 1, P-RAI. Si le médicament a encore d'autres indications, il est ajouté à la LS ou, dans le cas d'une extension de l'indication, supprimé de la LS IC et inscrit sur la LS.

La seconde condition est que le traitement par le médicament en question commence généralement avant l'âge de 20 ans. Par conséquent, seuls doivent en principe être inscrits sur la

LS IC les médicaments remboursés par l'AI au début du traitement. Tout médicament indiqué dans le traitement d'une infirmité congénitale, mais qui ne commence à être utilisé pour soigner une telle affection qu'à l'âge adulte dans la majorité des cas, est ajouté à la LS.

Un médicament ne peut pas être inscrit simultanément sur la LS et la LS IC. Il est inscrit uniquement sur la liste dont il remplit les conditions d'admission. Cela doit être garanti, d'une part, par les conditions énumérées dans cet art. et, d'autre part, par la règle prévue à l'art. 65, al. 1^{bis}, P-OAMal.

Art. 3^{sexies}, al. 3

Le renvoi aux dispositions d'exécution de la LAMal garantit que les conditions relatives à la LS s'appliquent par analogie à la LS IC. Ce renvoi englobe actuellement la partie 1, titre 4, chapitre 3, sections 4, 4a et 5, OAMal ainsi que le titre 1, chapitre 8, sections 3 et 4, OPAS. La forme du renvoi aux différentes sections garantit que d'éventuelles adaptations de l'OAMal et de l'OPAS soient valables par analogie pour la LS IC. Cela permet d'assurer la coordination de ces deux listes.

Avec ce renvoi, le nouvel art. 14^{ter}, al. 3, LAI, par lequel la compétence de régler le remboursement des médicaments *off label* est déléguée au Conseil fédéral, est mis en œuvre. L'application par analogie des art. 71a à 71d OAMal vise à concrétiser la pratique actuelle dans l'AI. L'OFAS précisera au niveau de la circulaire que toutes les infirmités congénitales, qui sont susceptibles d'être mortelles pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques, sont considérées comme des maladies, satisfaisant ainsi l'exigence du Parlement (BO 2019 N 112 s.) que l'introduction de la nouvelle liste des médicaments AI ne conduise pas à une détérioration par rapport à la situation actuelle. Ce critère relativement restrictif prévu à l'art. 71a OAMal est ainsi généralement réputé rempli pour toutes les infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI et n'est pas examiné plus avant, conformément à la pratique existante. Par ailleurs, il convient d'inscrire dans la circulaire que l'examen au cas par cas du remboursement de médicaments exclusivement réservés aux adultes doit être avant tout centré sur la question de la sécurité du médicament concerné pour les enfants.

Les publications en relation avec la LS IC sont effectuées sur une plate-forme en ligne publique, conformément à l'art. 71, al. 6, OAMal.

Art. 3^{sexies}, al. 4

Par analogie avec l'art. 31b OPAS, il convient de renoncer à fixer un délai pour l'admission de médicaments dans la LS IC, car il s'agit dans bon nombre de cas de médicaments destinés au traitement de maladies rares et dont l'évaluation des critères EAE requiert une charge de travail très conséquente. Les résultats des études sont en effet difficiles à interpréter en raison du faible nombre de participants et le contrôle de l'économicité se révèle complexe.

Art. 3^{septies}

Art. 3^{septies}, al. 1 et 2

Par analogie avec l'art. 67a OAMal, les recettes supplémentaires réalisées à la suite de l'ajout d'un médicament dans la LS IC doivent être reversées au Fonds de compensation de l'AI visé à l'art. 79 LAI.

Les recettes supplémentaires doivent être reversées au Fonds de compensation de l'AI également lorsqu'elles proviennent en partie de remboursements de l'assurance-maladie. Ce principe s'applique d'ores et déjà dans le sens inverse en vertu de l'art. 67a OAMal concernant le remboursement à l'institution commune de l'excédent de recettes lorsqu'il provient en partie de remboursements de l'AI.

Art. 3^{octies}

Sur la base du nouvel al. 1^{bis} de l'art. 67 LAI, l'OFSP peut se faire rembourser ses dépenses liées à la LS IC auprès du Fonds de compensation de l'AI. Dans ce cadre, les coûts qui ne sont pas déjà couverts par des émoluments doivent pouvoir être facturés.

L'OFAS et l'OFSP concluent à cette fin un arrangement administratif qui règle l'étendue du remboursement et qui est adapté continuellement aux dépenses effectives de l'OFSP.

Art. 3^{novies}

Art. 3^{novies}, al. 1

Cet alinéa concrétise le principe de l'harmonisation de l'AI avec l'assurance-accidents et l'AOS. La reprise par analogie de l'art. 71 OLAA permet de garantir que l'AI prenne en charge les prestations énumérées dans les listes visées à l'art. 52, al. 1, LAMal de la même manière que l'AOS. La liste des moyens et appareils (LiMA) est applicable uniquement pour les moyens et appareils qui servent au diagnostic ou au traitement d'une infirmité congénitale. Pour les moyens auxiliaires visés à l'art. 21 LAI, ce sont donc les conventions tarifaires conclues par l'AI, et non la LiMA, qui s'appliquent.

Art. 3^{novies}, al. 2

L'art. 3^{novies}, al. 2, let. a, dispose que les médicaments répertoriés dans la LS IC au sens de l'art. 3^{sexies} P-RAI sont pris en charge par l'AI. Les mesures diagnostiques au sens de la let. b sont prises en charge par l'AI lorsqu'elles servent au diagnostic ou au traitement d'une infirmité congénitale existante et de ses séquelles. Cela signifie que les mesures diagnostiques réalisées par intérêt ou à des fins de recherche, mais ne servant pas au traitement d'une infirmité congénitale ne peuvent pas être remboursées par l'AI. L'AI ne peut pas non plus prendre en charge des mesures diagnostiques dont les résultats révèlent que l'affection n'est pas une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 de la loi.

Art. 4^{bis}

L'art. 4^{bis} RAI est abrogé. Son contenu matériel est désormais réglé à l'art. 3^{novies} P-RAI.

Art. 4^{quater}, al. 1

Si l'exigence minimale d'un temps de présence quotidien de deux heures pour des mesures de réinsertion ne peut pas être remplie, la mise en œuvre de ces mesures n'est pas judiciaire. Il n'est pas nécessaire que le développement de la capacité de travail soit assuré quatre jours par semaine, l'assuré pouvant également accomplir une mesure de réinsertion à raison de trois jours hebdomadaires. L'exécution d'une mesure de réinsertion de huit heures sur une seule journée n'est en revanche pas pertinente. En pareil cas, une autre mesure serait indiquée. Dans le cadre des prestations élargies de conseil et de suivi (art. 14^{quater} LAI) et de l'orientation des mesures en fonction des besoins, la détermination du nombre de jours par semaine devrait relever de la responsabilité du service qui gère le cas, à condition que les huit heures de présence par semaine soient respectées.

Art. 4^{quinquies}

Cet article précise les différentes mesures de réinsertion et leurs modalités concrètes. L'extension des mesures de réinsertion aux assurés âgés de moins de 25 ans menacés d'invalidité crée un nouveau type de mesures de réinsertion qui doit être coordonné avec les autres mesures préparatoires en faveur des jeunes.

Art. 4^{quinquies}, al. 1 et 2

Le développement de la capacité de travail constitue un objectif central des mesures de réinsertion, raison pour laquelle il est repris ici. L'expression « marché libre du travail » est en outre remplacée par le terme « marché primaire du travail » dans l'al. 2.

Art. 4^{quinquies}, al. 3

Cet alinéa précise l'extension des mesures de réinsertion aux jeunes. Comme indiqué aux al. 1 et 2, les mesures de réinsertion visent à préparer l'assuré à des mesures d'ordre professionnel. L'al. 3 dispose que des connaissances spécifiques sont en outre requises en ce

qui concerne les mesures de réinsertion en faveur des jeunes, afin de pouvoir faire la distinction entre les conséquences d'atteintes psychiques et les comportements liés à la puberté. Les mesures de réinsertion en faveur des jeunes placent l'accent sur le développement de leur capacité de travail, de façon à leur permettre d'accomplir les mesures qui leur succèdent. Ces dernières peuvent prendre la forme d'offres transitoires cantonales visant à combler des lacunes scolaires (art. 68^{bis}, al. 1^{er}, LAI), de stages (art. 15 LAI) en vue d'acquérir de l'expérience professionnelle ou encore d'une FPI au sens de l'art. 16 LAI. De la même manière que pour les autres mesures de préparation en faveur des jeunes, les offices AI ne peuvent octroyer des mesures de réinsertion aux jeunes qu'à l'issue de la scolarité obligatoire, puisque cette dernière est de la compétence exclusive des cantons en vertu de l'art. 62 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.)³³, également en ce qui concerne les offres destinées aux enfants et aux jeunes atteints dans leur santé pendant la scolarité obligatoire (par ex. écoles spéciales, *time-out*, pédagogie curative, etc.). L'AI ne peut pas empiéter sur le domaine de compétence des cantons.

Art. 4^{quinquies}, al. 4

Les mesures de réinsertion ne sont pas assorties d'une durée prédéfinie avec date de fin officielle (comme c'est par exemple le cas pour les FPI). La durée probable de même que les objectifs de la mesure de réinsertion doivent toujours être fixés individuellement dans une convention d'objectifs en fonction des aptitudes de l'assuré. Comme jusqu'à présent, il convient de définir des étapes intermédiaires, dont la mise en œuvre est contrôlée et suivie par le service responsable du cas. Depuis la 5^e révision de l'AI, et plus encore dans le cadre du DC AI, les mesures de réadaptation professionnelle sont davantage axées sur le marché primaire du travail. Les mesures de réinsertion sont également, si possible, réalisées sur le marché primaire du travail afin d'éviter à l'assuré de s'en éloigner durablement et afin de créer des conditions favorables à l'accomplissement de mesures d'ordre professionnel en environnement réel. Dans ce cadre, le suivi de l'assuré et de l'employeur par l'AI est essentiel. La formulation « en partie » peut également être interprétée en ce sens que l'assuré suit une mesure de réinsertion, par exemple, trois jours par semaine sur le marché primaire du travail et les deux autres jours en institution.

Art. 4^{sexies}

Cet article contient différentes réglementations en relation avec la durée des mesures de réinsertion, telles que des précisions relatives à la durée concrète en jours, aux interruptions, aux conditions de prolongation, au droit à une nouvelle mesure et à la cessation anticipée.

Art. 4^{sexies}, al. 1

Il est précisé que cet alinéa concerne la durée des mesures de réinsertion visée l'art. 14a, al. 3, LAI.

Art. 4^{sexies}, al. 3, let. a

Comme indiqué dans le commentaire de l'art. 4^{quinquies}, al. 4, les mesures de réinsertion ne sont pas assorties d'une durée prédéfinie avec date de fin fixe. C'est pourquoi la durée et les objectifs doivent être fixés individuellement avec l'assuré ainsi qu'avec le fournisseur de prestations ou l'employeur dans une convention d'objectifs au début de la mesure. La mise en œuvre de cette convention d'objectifs est suivie de près par l'office AI. Si ce dernier constate que l'objectif est atteint plus tôt que prévu ou ne peut pas être atteint malgré toutes les tentatives et adaptations, la mesure de réinsertion s'achève de manière anticipée (par rapport à la durée prévue dans la convention d'objectifs), sous réserve de la proportionnalité. C'est également le cas lorsqu'aucune autre mesure de réadaptation n'est appropriée ou que la poursuite de la mesure n'est pas raisonnablement exigible pour des raisons de santé.

³³ RS 101

Art. 4^{sexies}, al. 4

À la suite des précisions apportées à l'al. 3 du nouvel art. 8 LAI et aux dispositions réglementaires de mise en œuvre des art. 3a, 14^{quater} et 57 LAI, l'actuel al. 4 n'est plus nécessaire.

Art. 4^{sexies}, al. 5

L'al. 5 exige en outre, pour la prolongation d'une mesure de réinsertion, que celle-ci soit nécessaire afin de garantir l'aptitude à la réadaptation pour les mesures d'ordre professionnel. Par ailleurs, comme déjà mentionné dans le commentaire de l'art. 4^{quinquies}, al. 4, l'orientation des mesures de réadaptation professionnelle vers le marché primaire du travail constitue un élément primordial du DC AI. Par conséquent, une mesure de réinsertion d'une durée supérieure à un an doit être au moins partiellement effectuée sur le marché primaire du travail. Il s'agit ici aussi d'éviter que la même mesure soit répétée plusieurs fois. À l'issue d'une période initiale de stabilisation en institution, une mesure consécutive doit en effet être initiée pour que la réadaptation puisse effectivement progresser. Dans ce cas aussi, il est néanmoins possible que, selon la situation, seule une partie de la mesure prolongée soit effectuée sur le marché primaire du travail.

Art. 4^{sexies}, al. 6

Jusqu'à présent, l'al. 6 précisait que le droit à des mesures de réinsertion ne pouvait être accordé que pour une durée totale de deux ans au plus. Cette restriction à deux ans valable à vie a été abrogée dans le cadre du DC AI. Selon le message sur le DC AI, il est possible d'accomplir à nouveau une mesure de réinsertion ultérieurement. Le terme « ultérieurement » est précisé en ce sens que l'assuré doit avoir accompli des efforts sérieux en vue d'une réinsertion professionnelle avant l'octroi d'une nouvelle mesure de réinsertion ou qu'un changement déterminant de son état de santé doit avoir eu lieu. Cette précision tient compte de l'évolution des troubles psychiques, car elle permet des répétitions adaptées aux besoins, ce qui est important précisément pour les jeunes. La condition portant sur les « efforts sérieux » peut en outre déclencher les développements souhaités chez les jeunes.

Art. 4^{septies}

L'article peut être abrogé puisque son contenu figure désormais dans les nouvelles dispositions relatives aux conseils et au suivi de l'assuré et de son employeur (art. 14^{quater} LAI), aux attributions des offices AI (art. 57 LAI) et à la gestion des cas (art. 41a P-RAI).

Art. 4a

Les mesures préparatoires nouvellement introduites à l'art. 15 LAI ainsi que les composantes existantes de l'orientation professionnelle sont précisées dans le règlement, de façon à ce qu'elles soient coordonnées aux autres mesures préparatoires pour les jeunes.

Art. 4a, al. 1

Tous les éléments susceptibles de composer l'orientation professionnelle au sein de l'AI sont mentionnés :

- La let. a énumère les méthodes et mesures générales de l'orientation professionnelle, comme les entretiens d'orientation professionnelle et l'analyse ad hoc, l'accompagnement et les éventuels tests psychologiques.
- La let. b précise les mesures préparatoires introduites à l'art. 15, al. 1, LAI. Lors de la création de l'art. 15, al. 1, LAI, le législateur faisait surtout référence aux jeunes et aux jeunes adultes.
- La let. c introduit l'examen de longue durée des résultats obtenus par les méthodes indiquées à la let. a pour les assurés visés à l'art. 15, al. 2, LAI. Les aptitudes et les envies de l'assuré pour les professions identifiées doivent être évaluées sur le terrain.

Art. 4a, al. 2

Lors des débats parlementaires, les stages ont été cités à titre d'exemple pour l'art. 15, al. 1, LAI. Les stages ont lieu au sein d'entreprises du marché primaire du travail et leur durée est

limitée. La précision de la mesure au sens de l'art. 15, al. 1, LAI à l'aide du terme « proche du marché du travail » signifie que cette mesure doit se dérouler directement sur le marché primaire du travail ou être au moins axée sur celui-ci. La limitation à douze mois se justifie par le fait que les mesures au sens de l'art. 15, al. 1, LAI font partie d'une série de différentes mesures de ce type. Ces mesures sont limitées dans le temps afin de permettre à l'assuré de commencer la formation proprement dite le plus rapidement possible. Au sens du nouvel art. 15 LAI, la mesure ne doit pas avoir pour vocation de combler des lacunes scolaires ou de proposer un accompagnement psychothérapeutique. Elle doit davantage viser à tester sur le terrain de possibles objectifs professionnels et à découvrir les exigences du marché du travail primaire (stages). De la même manière que pour les autres mesures préparatoires en faveur de jeunes, les offices AI ne peuvent octroyer les mesures au sens de l'art. 15, al. 1, LAI qu'à l'issue de la scolarité obligatoire puisque, selon l'art. 62 Cst., la scolarisation des enfants et des jeunes est de la compétence des cantons, également en ce qui concerne les offres destinées aux enfants et aux jeunes atteints dans leur santé (par ex. écoles spéciales, *time-out*, pédagogie curative, etc.).

Art. 4a, al. 3

Cet alinéa décrit les mesures de longue durée possibles dans le cadre de l'art. 15, al. 2, LAI en vue de l'examen approfondi des aptitudes et des envies de l'assuré concernant de nouvelles professions ou activités (par ex. en vue d'un reclassement). De tels examens peuvent être effectués par l'intermédiaire de missions dans des entreprises du marché primaire du travail ou dans des institutions de réadaptation professionnelle. Les missions doivent être limitées à trois mois, puisqu'une durée plus longue ne permet pas d'obtenir des résultats fondamentaux supplémentaires et que ces missions doivent être suivies de mesures allant plus loin. Contrairement aux mesures d'observation professionnelle (« COPAI »), l'art. 4a, al. 3, P-RAI n'a pas pour objet d'évaluer l'aptitude à la réadaptation.

Art. 4a, al. 4

Les mesures d'orientation professionnelle au sens de l'art. 4a, al. 2 et 3, P-RAI ne sont pas assorties d'une durée prédéfinie avec date de fin officielle, comme c'est par exemple le cas pour les FPI. La durée probable de même que les objectifs des mesures doivent toujours être fixés individuellement dans une convention d'objectifs en fonction des aptitudes de l'assuré. Dans ce cadre, la durée maximale de trois ou douze mois visée respectivement aux al. 2 et 3 ne doit être observée que si elle est nécessaire. Par ailleurs, la mesure doit être stoppée lorsque le but fixé est atteint. L'art. 4a, al. 4, P-RAI énumère d'autres motifs d'interruption anticipée, qui se fondent sur les règles applicables aux mesures de réinsertion.

Art. 5

Art. 5, al. 1

Il s'agit d'une adaptation purement formelle. La loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle (LFPr)³⁴ apparaît ici pour la première fois dans le règlement et doit donc être mentionnée en toutes lettres. Les mentions suivantes dans l'acte sont abrégées.

Art. 5, al. 2

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une préparation à une FPI peut être décidée dans le cadre de l'art. 16 LAI lorsqu'une profession a été choisie et qu'il ne s'agit ni d'une année de préparation au choix d'une profession ni d'une année intermédiaire générale³⁵. Le choix arrêté d'une profession constitue donc le critère de différenciation par rapport à la nouvelle mesure visée à l'art. 15, al. 1, LAI. Ce choix, dans le cadre de l'art. 16 LAI, est considéré comme effectué lorsqu'il y a déjà un contrat ou une inscription obligatoire pour la FPI à venir, ou qu'une préparation faisant partie intégrante de la FPI à venir est prévue. Sur la base de ces définitions, la préparation dans le cadre de l'art. 16 est appelée « préparation ciblée ».

³⁴ RS 412.10

³⁵ Cf. RCC 1981 460

Une mesure préparatoire ciblée sur la FPI consécutive au sens de l'art. 16, al. 1, LAI peut être octroyée en présence d'un contrat ou d'une inscription contraignante pour la future FPI ou encore si la mesure préparatoire est un élément obligatoire/une condition de la FPI (par ex. stage, cours préparatoire, etc.).

Lors de l'octroi des mesures visées à l'art. 16, al. 1, LAI, il convient de tenir compte de la RPT.

L'éventuel droit à des indemnités journalières est régi par l'art. 22, al. 1, P-RAI.

Art. 5, al. 3

Art. 5, al. 3, let. a

À des fins d'insertion sur le marché primaire du travail aussi rapide et durable que possible et excluant autant que possible la rente, une FPI plus avancée peut être octroyée à l'issue d'une FPI au sens de la LFPr réalisée sur le marché secondaire du travail, pour autant qu'elle soit d'un niveau de formation plus élevé (obligatoire en vertu de la LFPr) et se déroule sur le marché primaire du travail. Le passage à un niveau de formation plus élevé inclut, par exemple, l'obtention d'une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) ou d'un certificat fédéral de capacité (CFC). Par ailleurs, le potentiel de réadaptation de l'assuré ne doit pas être épuisé.

Les conditions d'octroi d'une telle formation plus avancée seront précisées au niveau de la circulaire.

Art. 5, al. 3, let. b

De la manière analogue à la modification de l'art. 5, al. 3, let. a, P-RAI, une FPI plus avancée peut être accordée à l'issue d'une FPI visant la préparation à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé, pour autant qu'elle se fonde sur la LFPr et se déroule sur le marché primaire du travail et que le potentiel de réadaptation de l'assuré ne soit pas encore intégralement épuisé.

Les conditions auxquelles une telle formation plus avancée peut être accordée sont précisées au niveau de la circulaire.

Art. 5, al. 4

Par analogie avec l'art. 16, al. 2, LAI modifié dans le cadre du DC AI, selon lequel une FPI doit si possible viser l'insertion professionnelle sur le marché primaire du travail et être mise en œuvre sur ce marché, une FPI au sens de l'art. 16, al. 3, let. c, LAI doit autant que possible suivre les règles de la LFPr ou s'en inspirer, d'un point de vue pratique en particulier.

Art. 5, al. 7

La définition des conditions régissant les formations visées à l'art. 16, al. 3, let. c, LAI reste de la compétence du Conseil fédéral, lequel renonce à une disposition détaillée au niveau du règlement.

La FPI doit correspondre aux aptitudes et au niveau de développement de l'assuré (cf. art. 8, al. 1^{bis}, LAI). Dans le cadre de la gestion des cas, il faut par conséquent veiller à ce que l'assuré bénéficie d'une formation correspondant à son niveau, qui se déroule dans une structure adaptée à ses besoins (cf. art. 41a RAI).

L'octroi de FPI qui ne sont pas réglées dans la LFPr continue de porter sur la durée entière de la formation, sans échelonnement³⁶. Le commentaire relatif à la gestion des cas (cf. art. 41a P-RAI) s'applique également à l'art. 16, al. 3, let. c, LAI.

Art. 5^{bis}

L'art. 5^{bis} P-RAI (frais supplémentaires dus à l'invalidité) correspond dorénavant aux al. 2 à 6 de l'actuel art. 5 RAI.

³⁶ Cf. ATF 142 V 523

Art. 5^{bis}, al. 1

L'adaptation reprend la jurisprudence actuelle pour la délimitation du droit aux prestations en vertu de l'art. 16 LAI de celui découlant de l'art. 17 LAI, qui n'était jusqu'à présent réglée ni au niveau du règlement ni au niveau des directives. Dans le cas normal, lorsqu'un assuré qui a exercé une activité lucrative au titre de laquelle il a perçu un revenu économiquement significatif durant au moins six mois doit se réorienter professionnellement pour des raisons de santé, il s'agit d'un reclassement. Il n'est certes pas nécessaire qu'une profession ait été apprise avant le reclassement, mais l'assuré doit avoir exercé une activité lucrative immédiatement avant la survenance de l'invalidité.

A l'inverse, aucun revenu déterminant ne peut avoir été tiré d'une FPI. Celui-ci est déterminé sur la base de la rente minimale visée à l'art. 34, al. 5, LAVS, qui s'entend comme une rente ordinaire simple complète minimale. Par « ordinaire », on entend l'accomplissement d'au moins trois années de cotisations. Par « simple », on entend une rente individuelle. Par « complète », on entend l'accomplissement de toutes les années de cotisations nécessaires. Par « minimale », on entend la rente dont le montant correspondant aux revenus soumis à cotisation est le plus bas possible.

Par rapport au cas dit « normal », le cas dit « spécial » était jusqu'à présent déjà réglé au niveau du règlement et des directives (cf. art. 6, al. 2, RAI).

Art. 5^{bis}, al. 2

Cet alinéa correspond matériellement à l'actuel art. 5, al. 3, 2^e phrase, RAI.

Art. 5^{bis}, al. 3

Cet alinéa correspond matériellement à l'actuel art. 5, al. 3, 1^{re} phrase, RAI et a uniquement fait l'objet d'adaptations formelles.

Art. 5^{bis}, al. 4

Cet alinéa correspond matériellement à l'actuel art. 5, al. 2, 2^e partie de la phrase, RAI et a uniquement fait l'objet d'adaptations formelles.

Art. 5^{bis}, al. 5

Cet alinéa correspond matériellement à l'actuel art. 5, al. 4, RAI et a uniquement fait l'objet d'adaptations formelles.

Art. 5^{bis}, al. 6

Cet alinéa correspond matériellement à l'actuel art. 5, al. 5, RAI et a uniquement fait l'objet d'adaptations formelles.

Art. 5^{bis}, al. 7

Cet alinéa correspond matériellement à l'actuel art. 5, al. 6, RAI et a uniquement fait l'objet d'adaptations formelles.

Art. 5^{ter}

L'art. 5^{ter} P-RAI est nouveau, mais son contenu correspond aux dispositions de l'actuel art. 5^{bis} RAI.

Art. 6

Art. 6, al. 2

Cet alinéa définit le cas spécial pour délimiter le droit aux prestations de l'art. 16 LAI de celui découlant de l'art. 17 LAI. L'actuel art. 23 LAI ayant été abrogé dans le cadre du DC AI, une adaptation est nécessaire. Cet alinéa renvoie directement à l'article réglant le montant maximal de l'indemnité journalière (cf. art. 24, al. 1, LAI).

Si un assuré doit interrompre sa FPI pour cause d'invalidité et si le dernier revenu acquis dépasse un montant déterminé, la nouvelle formation professionnelle doit être considérée comme un reclassement.

Art. 6^{quinquies}

Art. 6^{quinquies}, al. 1

Le montant maximal de 12 500 francs couvre toutes les prestations du bailleur de services dans le cadre d'une location de services (recherche d'un engagement dans une entreprise locataire de services, préparation des contrats, gestion des salaires et des assurances sociales, etc.). Dans le cadre de ce montant, la convention de prestations peut également prévoir une indemnisation du bailleur de services lorsque la location de services débouche sur un engagement de l'assuré auprès de l'entreprise locataire de services. Lorsque la location de services débouche sur un engagement pour une durée déterminée, une telle indemnisation ne peut être octroyée que si le contrat de travail est prévu pour une durée minimum d'une année.

L'indemnité peut être octroyée pendant une durée d'une année au plus (cf. al. 5). L'indemnité des bailleurs de services est fixée dans les conventions de prestations dans la limite du montant maximal de 12 500 francs (art. 18a^{bis}, al. 3, let. a, LAI).

Les bailleurs de services sont soumis aux dispositions de la LSE et de l'ordonnance du 16 janvier 1991 sur le service de l'emploi (OSE)³⁷. Les art. 18 à 22 LSE et 46 à 50 OSE s'appliquent également aux bailleurs de services dispensés de l'obligation d'obtenir une autorisation au sens de l'art. 12 LSE.

Art. 6^{quinquies}, al. 2

Les conditions d'octroi de l'indemnité prévue à l'art. 18a^{bis}, al. 3, let. b, LAI sont réglementées de manière analogue à l'indemnité prévue aux art. 18c LAI et 6^{quater} RAI. Comme le bailleur de services est l'employeur de l'assuré, il doit aussi payer les cotisations sociales, notamment à la prévoyance professionnelle, et les primes d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Or, ces dernières peuvent augmenter si l'assuré présente une incapacité de travail due à une maladie. L'indemnité visée à l'art. 18a^{bis}, al. 3, let. b, LAI ne peut être allouée que si une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie alloue des prestations ou si le bailleur de services continue de verser le salaire à l'assuré. Selon l'al. 2, il suffit que l'incapacité de travail soit due à une maladie : l'origine de la maladie (préexistante ou pas), n'est pas déterminante et il n'est pas non plus nécessaire d'établir un lien de causalité entre l'incapacité de travail pour cause de maladie et une éventuelle augmentation des cotisations à la prévoyance professionnelle obligatoire ou à l'assurance d'indemnités journalières. Le délai de carence de deux jours correspond aux délais de carence ordinaires des autres assurances sociales (cf. art. 72, al. 2, 2^e phrase, LAMal pour les indemnités journalières en cas de maladie, art. 16, al. 2, LAA pour les indemnités journalières en cas d'accident et art. 22, al. 1, LAI pour les indemnités journalières de l'AI). Cette indemnité est octroyée en sus du montant maximal prévu à l'al. 1.

Art. 6^{quinquies}, al. 3

Les barèmes forfaitaires appliqués correspondent aux barèmes prévus à l'art. 6^{quater} RAI. Ceci permet de garantir l'égalité de traitement entre les bailleurs de services et les autres employeurs. Les jours d'absence se réfèrent aux jours de travail prévus dans le contrat de travail entre le bailleur de services et l'assuré, pendant lesquels l'assuré ne peut pas remplir ses obligations auprès de l'entreprise locataire de services pour cause de maladie.

Art. 6^{quinquies}, al. 4

L'indemnité est due au maximum pendant la durée de l'engagement de l'assuré auprès d'une entreprise locataire de services telle que fixée dans le contrat de travail entre le bailleur de services et l'assuré. Les al. 2 et 3 sont au surplus applicables.

L'indemnité n'est due que pendant la durée du contrat de travail conclu dans le cadre de la durée maximale de la mesure de location de services (cf. al. 5) et pour les cas d'incapacité de travail pour cause de maladie survenus pendant cette même période.

³⁷ RS 823.111

Art. 6^{quinquies}, al. 5

La durée maximale d'une année correspond à la période pendant laquelle l'office AI peut faire appel à un bailleur de services. Pendant cette durée, le bailleur de services peut, d'entente avec l'office AI, conclure plusieurs engagements avec l'assuré.

Art. 6^{quinquies}, al. 6

Les modalités du versement des indemnités sont précisées de manière similaire à l'art. 6^{quater}, al. 4, RAI.

Art. 17

Art. 17, al. 1

(Concerne uniquement la version française)

Le terme « examen » est remplacé par « instruction ». Il s'agit d'une adaptation terminologique, sans changement matériel, afin que le texte français soit plus proche des textes allemand et italien et qu'il corresponde au titre.

Art. 17, al. 2

L'art. 22^{bis}, al. 7, let. b, LAI charge le Conseil fédéral de fixer les conditions auxquelles sont versées les indemnités journalières pendant la durée de l'instruction. L'assuré n'a ainsi pas droit à des indemnités journalières pour la durée de l'instruction qui précède une FPI au sens de l'art. 16 LAI.

Art. 18, al. 1 et 2

Conformément à l'art 22^{bis}, al. 3, LAI, le droit à une indemnité journalière naît avec le début de la FPI. Par conséquent, l'indemnité journalière pour la période d'attente ne sera plus octroyée dans le contexte de la FPI et se limitera au reclassement.

Art. 19

Art. 19, titre et al. 1, première phrase

Dans la version allemande, le titre et l'al. 1 sont modifiés de manière à ce que le terme « Vermittlung » ne soit plus utilisé. Dans le titre, le terme « Arbeitsvermittlung » est remplacé par « Stellensuche ». Dans l'al. 1, la phrase fait maintenant référence à la « recherche d'un emploi convenable » (« die Suche einer geeigneten Stelle »). En effet, dans l'ATF 120 V 429, de 1994, le Tribunal fédéral a mis en évidence que pour que le droit à l'indemnité journalière soit donné, il suffit que la recherche d'un emploi ait été précédée par les mesures de réadaptation mentionnées, si bien qu'il ne se limite pas à la période pendant laquelle l'assuré bénéficie d'un « placement » au sens de l'art. 18 LAI, ce que peut laisser penser la version allemande actuelle. Le texte allemand doit donc être interprété en ce sens au regard des textes français et italien.

Les versions française et italienne sont légèrement adaptées afin de préciser que la recherche d'emploi de l'assuré se fait avec ou sans l'aide de l'office AI. L'assuré ne doit pas jouer le rôle passif de la personne qui attend qu'un emploi convenable lui soit trouvé.

Art. 19, al. 1, deuxième phrase

La modification de la deuxième phrase de l'al. 1 ne découle pas directement du DC AI. Des indemnités journalières d'attente n'entrent actuellement en ligne de compte qu'à la suite d'un reclassement ou d'une FPI. Cet article a toutefois été modifié pour la dernière fois en 2003 alors que le placement à l'essai (art. 18a LAI) a été introduit en 2012 et donne également droit à des indemnités journalières. Afin de garantir l'égalité de traitement et la cohérence d'ensemble du système de réadaptation, il est donc nécessaire d'élargir le droit aux indemnités journalières d'attente à la période de recherche d'un emploi après un placement à l'essai. Cette modification permet de combler une lacune dans la systématique du processus de

réadaptation en complétant, en vertu de l'art. 22, al. 6, LAI, la liste des mesures de réadaptation après lesquelles un assuré a droit à une indemnité journalière pendant la recherche d'emploi.

L'assuré a également droit à des indemnités journalières pour la période d'attente précédant la nouvelle mesure « location de services » (art. 18a^{bis} LAI), si celle-ci est précédée d'une FPI, d'un reclassement ou d'un placement à l'essai.

Art. 19, al. 2

Cette disposition coordonne le droit aux indemnités journalières lorsque, pendant la recherche d'emploi, l'assuré remplit les conditions du droit à des indemnités journalières d'attente à la fois auprès de l'AI et de l'assurance-chômage (art. 15, al. 3, OACI).

Elle codifie une pratique du TF selon laquelle l'assuré ne peut faire valoir aucun droit à une indemnité journalière de l'AI pendant la durée de la procédure AI tant qu'il a droit à une indemnité journalière de l'assurance-chômage.³⁸

Art. 20^{ter}

Art. 20^{ter}, al. 1

Cette modification ne découle pas du DC AI. L'art. 23, al. 1^{bis}, LAI a été introduit en même temps que l'art. 8a LAI (nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente) dans le cadre du premier volet de la 6^e révision de l'AI³⁹ (révision 6a). Le renvoi à l'art. 20^{ter}, al. 1, RAI n'a toutefois pas été adapté en conséquence. Or, celui-ci doit être limité à l'art. 23, al. 1, LAI.

L'art. 23, al. 1^{bis}, LAI fait en effet référence à l'indemnité journalière lors d'une nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente au sens de l'art. 8a LAI et doit de ce fait être exclu. Dans ce cas en effet, la situation est déjà réglée à l'art. 22^{bis}, al. 5, LAI.

Le texte français est en outre adapté d'un point de vue purement linguistique.

Art. 20^{ter}, al. 2

L'art. 23, al. 2^{bis}, LAI étant abrogé dans le cadre du DC AI, le renvoi à l'art. 20^{ter}, al. 2, RAI doit être adapté, sans changement matériel.

Art. 20^{quater}, al. 1 et 6

Art. 20^{quater}, al. 1

Selon l'art. 22^{bis}, al. 7, let. d, LAI, le Conseil fédéral fixe les conditions auxquelles sont versées les indemnités journalières lors d'une interruption des mesures de réadaptation pour cause de maladie, d'accident ou de maternité. Le versement des indemnités journalières en cas d'interruption des mesures de réadaptation pour cause d'accident est désormais réglé aux al. 6 et 7.

Avec le DC AI, une nouvelle assurance-accidents des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA bénéficiant de mesures de l'AI (assurance-accidents des personnes bénéficiant de mesures de l'AI, AA AI) a été introduite. Tant l'art. 20^{quater} RAI que l'art. 16, al. 3, LAA contiennent une clause de subsidiarité vis-à-vis de l'autre assurance sociale. En ce qui concerne l'AA AI, la procédure prévue par la LAA est déterminante, sauf disposition contraire. Les dispositions de la LAA étant par conséquent prioritaires, l'art. 20^{quater} RAI doit être adapté afin de ne pas priver l'assuré d'un droit aux prestations de l'assurance-accidents en raison de la clause de subsidiarité figurant à l'art. 16, al. 3, LAA.

Art. 20^{quater}, al. 6

Selon l'art. 16, al. 2, LAA, le droit à l'indemnité journalière de l'assurance-accidents naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Afin que l'adaptation (à savoir la suppression de

³⁸ Arrêt du TF 8C_27/2017, du 27 mars 2017

³⁹ RO 2011 5659

l'accident de la liste des exceptions visée à l'al. 1) n'entraîne aucune lacune dans le versement de l'indemnité journalière, l'art. 20^{quater} RAI est modifié en ce sens que l'indemnité journalière de l'AI continue d'être versée jusqu'au troisième jour (donc pendant deux jours).

Pour les assurés qui, durant une mesure de réadaptation, ne sont couverts ni par une assurance-accidents découlant d'un contrat de travail, ni par la nouvelle AA AI, la poursuite du versement de l'indemnité journalière en cas d'interruption de la mesure doit être maintenue comme c'est actuellement le cas.

On pourrait citer à titre d'exemple un assuré au bénéfice d'une mesure de reclassement ayant lieu exclusivement dans une école. Le reclassement l'empêchant d'exercer son activité lucrative habituelle, il a droit à une indemnité journalière.

Art. 20^{sexies}, al. 1, let. b

Cette modification repose sur l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2019 du 27 mai 2020. Ce dernier a en effet estimé que l'art. 20^{sexies}, al. 1, let b, RAI est contraire à la loi. L'exigence d'une « vraisemblance du début d'une activité lucrative de longue durée » ne repose pas sur une base légale suffisante. Seuls les derniers revenus effectivement perçus en l'absence d'atteinte à la santé constituent la base de calcul de l'indemnité journalière (art. 23, al. 1, LAI). Les exceptions à cette règle sont définies dans la loi. A l'avenir, il faut éviter que les personnes qui ont des problèmes de santé ne soient financièrement mieux loties qu'avant la survenance de l'invalidité.

Art. 21^{septies}, al. 4 et 5

Art. 21^{septies}, al. 4

Avec le DC AI, l'art. 22, al. 3, LAI se trouve désormais à l'art. 22^{bis}, al. 2, LAI. Le renvoi à l'art. 21^{septies}, al. 4, RAI doit donc être adapté.

Art. 21^{septies}, al. 5

La modification de l'al. 5 ne découle pas directement du DC AI. Dans le cas de personnes percevant une rente d'invalidité ordinaire ou « définitive » de l'assurance-accidents, ladite rente ne peut pas être supprimée durant une mesure de réadaptation.⁴⁰ Le versement simultané d'une rente de l'assurance-accidents et d'une indemnité journalière de l'AI conduit cependant à une surindemnisation, car l'indemnité journalière est calculée sur la base du revenu sans atteinte à la santé. L'art. 47, al. 1^{er}, LAI crée certes une base légale pour les cas de cumul de rentes et d'indemnités journalières, mais cette disposition ne s'applique qu'en lien avec une rente de l'AI. En cas de cumul d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et d'indemnités journalières de l'AI conduisant à une surindemnisation, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question de savoir lequel des assureurs sociaux est fondé à réduire sa prestation.⁴¹ Afin de combler cette lacune, sur la base de l'art. 68 LPG, le nouvel al. 5 prévoit que l'indemnité journalière de l'AI est réduite d'un trentième du montant de la rente de l'assurance-accidents.

Art. 21^{octies}, al. 3

Actuellement, une déduction est opérée sur l'indemnité journalière pour les frais de nourriture et de logement lorsque l'AI subvient intégralement à la couverture de ces frais durant la réadaptation sur la base d'une convention tarifaire. Toutefois, lorsqu'une FPI est effectuée auprès d'un employeur, les indemnités journalières sont versées à ce dernier, qui les reverse sous forme de salaire à l'assuré. Le prélèvement d'une telle déduction serait très complexe

⁴⁰ ATF 139 V 514

⁴¹ ATF 139 V 514, consid. 4

et porterait atteinte à l'égalité de traitement, les salaires des apprentis étant en règle générale très bas. Dès lors, une telle déduction n'est pas opérée pendant la FPI.

Art. 22

Les modifications apportées dans le cadre du DC AI au système des indemnités journalières nécessitent une modification du titre et de la structure de l'art. 22 RAI. En effet, les assurés en FPI n'ont plus de « petites indemnités journalières » et il est nécessaire de régler clairement les différents cas de figure existants, notamment la situation où des mesures de préparation ciblées sont exécutées en vue d'une FPI.

Art. 22, al. 1

La préparation ciblée en vue d'une FPI au sens de l'art. 16 LAI et de l'art. 5, al. 2, P-RAI ouvre parfois le droit à des indemnités journalières. C'est notamment le cas lorsque l'assuré aura par la suite droit à des indemnités journalières pendant la FPI. Le barème d'indemnisation est alors celui mentionné à l'art. 22, al. 4, let. c, P-RAI. Cette préparation ciblée à une FPI doit être distinguée des mesures préparatoires au sens de l'art. 15, al. 1, LAI, qui ne donnent pas droit à des indemnités journalières.

Art. 22, al. 2

Lorsque le salaire de l'assuré en FPI diverge d'au moins 5 % du salaire statistique usuel dans le secteur concerné et ne correspond donc pas à la moyenne cantonale de la branche, il faut se référer au salaire indicatif figurant dans le « Lohnbuch Schweiz »⁴², édité chaque année par l'Office de l'économie et du travail du canton de Zurich. Cette publication se base sur les chiffres des conventions collectives de travail (CCT) ainsi que sur les recommandations des associations professionnelles et patronales suisses et fournit des fourchettes de salaires indicatifs. De manière générale, les employeurs s'y tiennent et les suivent.⁴³

Art. 22, al. 3

Cet alinéa détermine le montant de l'indemnité journalière d'un assuré qui, en raison de son invalidité, interrompt une FPI pour en commencer une nouvelle.

Afin de garantir l'égalité de traitement entre les personnes atteintes dans leur santé et les personnes en bonne santé, le montant de l'indemnité journalière pour la nouvelle formation doit être équivalent au salaire journalier usuel de la branche pour la formation en question. Pendant les périodes de formation pratique, le salaire dépend de l'année d'étude et non pas de l'âge de la personne en formation. L'octroi d'indemnités journalières ne libère pas les parents de leur obligation d'entretien. En effet, même des jeunes qui ne sont pas pris en charge par l'AI peuvent se trouver dans une telle situation (« décrochage » scolaire, changement de domaine d'études, réorientation suite à un échec, etc.).

Art. 22, al. 4

L'art. 24^{ter}, al. 2, LAI charge le Conseil fédéral de fixer le montant de l'indemnité journalière pour tous les assurés qui suivent une FPI sans contrat d'apprentissage. Les parcours de formation de ces assurés sont très hétérogènes, notamment quant au niveau de la formation, au parcours de vie et aux revenus perçus pendant la formation. C'est pourquoi cet alinéa prévoit des barèmes différenciés en fonction des conditions de la formation.

Art. 22, al. 4, let. a

Les formations de degré tertiaire correspondent aux formations suivies auprès des hautes écoles universitaires, des hautes écoles spécialisées, des hautes écoles pédagogiques et à la formation professionnelle supérieure. Les assurés concernés qui n'effectuent pas un stage rémunéré ont droit aux indemnités journalières sur la base de l'art. 22, al. 3, LAI. Le barème de ces indemnités journalières se fonde sur le revenu mensuel médian tel qu'il ressort de

⁴² Cf. Office de l'économie et du travail du canton de Zurich (2020), *Lohnbuch Schweiz 2020. Alle Löhne der Schweiz auf einen Blick* (parution annuelle).

⁴³ ATF 135 V 297

l'Enquête sur la situation sociale et économique des étudiants (Enquête SSEE) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), à savoir 500 francs par mois après déduction des charges sociales qui doivent être versées à l'employeur. Ce montant tient compte du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, mais également du soutien familial et des autres sources de revenus possibles (notamment les subsides et bourses).

La prise en compte du revenu tiré de l'exercice d'une activité lucrative dans le calcul des indemnités journalières garantit l'égalité de traitement, en particulier avec les assurés qui suivent une FPI au sens de la LFPr, dont l'indemnisation se base uniquement sur le revenu tiré de l'activité professionnelle et non sur le soutien parental. Les valeurs médianes, telles qu'elles ressortent de l'Enquête SSEE, sont peu influencées par les valeurs extrêmes et présentent ainsi une plus grande stabilité que les valeurs moyennes.

Le montant des indemnités journalières dépend de l'année de formation, et non de l'âge de l'assuré (cf. art. 24^{ter}, al. 2, LAI).

Art. 22, al. 4, let. b

L'indemnité journalière des assurés qui suivent une formation de degré tertiaire et qui, dans ce cadre, effectuent un stage rémunéré, se calcule conformément à l'art. 24^{ter}, al. 1, LAI. Le montant des indemnités journalières correspond, sur un mois, au salaire prévu dans le contrat de stage. L'application de l'art. 24^{ter}, al. 1, LAI garantit l'égalité de traitement des bénéficiaires d'une FPI au sens de l'art. 16 LAI, en fonction du niveau et du type de la formation suivie.

L'art. 24^{ter}, al. 3, LAI prévoit que, pour les assurés qui ont atteint l'âge de 25 ans, l'indemnité journalière équivaut, sur un mois, au montant maximal de la rente de vieillesse visé à l'art. 34, al. 3 et 5, LAVS (soit 2370 francs en 2020). Or, il est tout à fait possible qu'un assuré soit rémunéré davantage durant la période de stage avant d'avoir atteint l'âge de 25 ans. Dans ce cas, l'indemnité journalière est également plafonnée à ce même montant. Les assurés dont le salaire versé par l'employeur est inférieur au montant maximal de la rente de vieillesse perçoivent directement la différence jusqu'à concurrence de ce montant.

Art. 22, al. 4, let. c

Pour toutes les autres formations (notamment la préparation à une activité auxiliaire ou à un travail dans un atelier protégé ou les mesures préparatoires ciblées sur la FPI), à l'exception de celles mentionnées à l'art. 22, al. 4, LAI, le barème d'indemnisation se base sur le plus bas salaire médian d'un apprenti de première année (attestation fédérale de formation professionnelle / certificat fédéral de capacité) tel qu'il ressort du « Lohnbuch Schweiz »⁴⁴. Afin de tenir compte des acquis réalisés durant la première année de formation, le montant de l'indemnité journalière augmente pour la deuxième année de la formation.

Système d'indemnisation

(Salaire net, hors charges sociales. Pour rappel, la part employeur est prise en charge par l'AI ; art. 25, al. 2, LAI)

Première année de formation	300 francs par mois
Dès la deuxième année de formation	400 francs par mois

Art. 22, al. 5

Avec le DC AI, l'art. 22, al. 3, LAI se trouve désormais à l'art. 22^{bis}, al. 2, LAI. Les assurés qui perçoivent un revenu dans le cadre de leur FPI ont en principe droit à des allocations familiales pour chaque enfant en vertu de la loi fédérale du 24 mars 2006 sur les allocations familiales (LAFam)⁴⁵, pour autant que ce revenu corresponde au moins à la moitié du montant annuel de la rente de vieillesse complète minimale de l'AVS (art. 13, al. 3, LAFam), soit, en

⁴⁴ Office de l'économie et du travail du canton de Zurich (2020), *Lohnbuch Schweiz 2020. Alle Löhne der Schweiz auf einen Blick* (parution annuelle).

⁴⁵ RS 836.2

2019, 592 francs par mois ou 7110 francs par année. Si le revenu est inférieur à ces montants, comme cela peut être le cas dans le cadre d'une FPI, et que les assurés remplissent les conditions d'octroi des allocations familiales au sens de la LAFam, l'AI verse les prestations pour enfants.

Art. 24, al. 3

L'actuel art. 24, al. 3, RAI pose problème en particulier dans le domaine des moyens auxiliaires, parce que les fournisseurs n'ayant pas adhéré à une convention se trouvent de facto avantagés par rapport aux fournisseurs conventionnés. Ils peuvent, sur la seule base de leur qualification professionnelle, facturer selon le même tarif que les fournisseurs conventionnés, qui doivent quant à eux satisfaire à des critères de qualité additionnels.

Il faut par conséquent que les fournisseurs n'ayant pas adhéré à une convention aient non seulement les mêmes droits, mais aussi les mêmes obligations que les fournisseurs conventionnés. L'adhésion ou non à une convention ne fait donc aucune différence. En ce sens, l'art. 24, al. 3, P-RAI précise désormais que toutes les conditions (professionnelles, infrastructurelles, qualitatives et financières) fixées contractuellement s'appliquent également aux fournisseurs n'ayant pas adhéré à une convention lorsqu'ils veulent régler leurs comptes avec l'AI.

Art. 24^{bis}

Cet article assure l'harmonisation entre les règles de tarification de l'AI, de l'assurance-accidents et de l'AOS, et reprend à cet effet en partie le contenu des art. 59c OAMal et 70 OLAA. Une révision de l'OAMal touchant l'art. 59c OAMal a été mise en consultation, et l'art. 24^{bis} P-RAI sera adapté en fonction des résultats de la consultation.

Art. 24^{bis}, al. 1

Par l'arrêt C-529/2012 du 10 décembre 2014, le Tribunal administratif fédéral a constaté que la LAI ne contenait pas de prescriptions de fond pour le calcul des tarifs. Les principes généraux et abstraits relatifs au régime tarifaire et au calcul des coûts pour le remboursement des prestations sont énoncés à l'al. 1.

L'art. 27, al. 2, 2^e phrase, LAI confie au Conseil fédéral la tâche de veiller à la coordination des tarifs de l'AI avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales. Sur cette base, par une reprise à l'identique de l'art. 70, al. 1, OLAA, l'al. 1 renvoie à certaines dispositions tarifaires de la LAMal, qui s'appliquent dorénavant par analogie également dans le domaine des mesures médicales de l'AI.

Art. 24^{bis}, al. 2

Repris de l'art. 70, al. 2, OLAA (dont la deuxième phrase est elle-même une reprise de l'art. 59c, al. 1, let. a et b, OAMal), cet alinéa concrétise les principes énoncés à l'art. 27, al. 2, LAI, de manière coordonnée avec les domaines de l'AOS et de l'assurance-accidents. Il exige des fournisseurs de prestations qu'ils prouvent de manière transparente les frais imputables aux tarifs qu'ils exigent.

La structure tarifaire nationale (notamment de type SwissDRG ou TARMED) doit être appliquée de manière uniforme par les fournisseurs de prestations médicales.

Art. 24^{bis}, al. 3

Cet alinéa correspond à l'art. 59c, al. 1, let. c, OAMal (non repris dans l'OLAA). Tout changement de modèle tarifaire doit rester neutre au niveau du volume des coûts. Cette disposition diffère de la protection tarifaire dans le sens où elle concerne le système en lui-même et non l'assuré.

Art. 24^{bis}, al. 4

Cet alinéa est une reprise adaptée à l'AI de l'art. 59c, al. 2, 1^{re} phrase, OAMal.

Après plusieurs années d'utilisation, il arrive que les structures tarifaires deviennent obsolètes, car il n'a pas été possible de les adapter aux progrès de la médecine et aux répercussions financières. Cette règle oblige les partenaires conventionnels à vérifier si c'est le cas ou non et, le cas échéant, à entreprendre les démarches pour les adapter à la réalité médicale et financière.

Art. 24^{bis}, al. 5

Cet alinéa correspond au principe établi dans l'AOS à l'art. 59c, al. 3, OAMal. Il détermine les principes applicables à la fixation des tarifs par le Conseil fédéral (art. 27, al. 3 à 5, LAI) ou le DFI (art. 27, al. 6 et 7, 2^e phrase, LAI) lorsque les partenaires tarifaires ne parviennent à aucun accord.

Art. 24^{ter}

Art. 24^{ter}, al. 1

Cet alinéa est une reprise de l'art. 59d, al. 1, 2^e phrase, OAMal. Il précise le contenu des conventions conclues entre l'OFAS et les fournisseurs de prestations médicales ainsi que leurs modalités d'application.

Art. 24^{ter}, al. 2

Cet alinéa introduit l'exigence de consulter le Surveillant des prix dans le cadre de l'examen du bien-fondé d'un tarif selon l'art. 14 de la loi fédérale du 20 décembre 1985 concernant la surveillance des prix⁴⁶. Cette consultation a lieu avant la conclusion de conventions tarifaires nationales, ainsi que dans le cadre de la fixation de tarifs par l'autorité compétente selon l'art. 24^{bis}, al. 5.

Art. 24^{ter}, al. 3

Cet alinéa correspond à l'art. 70a, 2^e phrase, OLAA. Les documents des fournisseurs de prestations doivent être mis à la disposition de l'OFAS, de l'association Commission des tarifs médicaux LAA, qui a le mandat de négocier les conventions pour l'AI, et des partenaires tarifaires.

Art. 24^{quater}

Cet article remplace l'art. 3^{quater} RAI.

Art. 24^{quater}, al. 1

Cet alinéa est une reprise de l'art. 70c, al. 1, OLAA, en excluant toutefois la référence à la rémunération de la nourriture et au logement, qui est réglée séparément dans l'AI (art. 90 RAI). Pour des prestations identiques, les structures tarifaires doivent être uniformes au niveau national. Ce principe facilite l'application de l'assurance ainsi que celle de critères économiques uniformes entre les différentes assurances sociales.

Art. 24^{quater}, al. 2

Cet alinéa est une reprise de l'art. 70c, al. 2, OLAA et s'applique notamment pour des traitements particulièrement onéreux.

Art. 24^{quater}, al. 3

Cet alinéa correspond à l'art. 59d, al. 2, 1^{re} phrase, OAMal. Outre les instructions de codage, ce manuel contient des informations relatives aux principales variables de la statistique médicale utilisées dans la série de données, ainsi qu'un bref historique de la classification CIM (version en vigueur au 1^{er} janvier 2022). Ce manuel est régulièrement remis à jour.

Les fournisseurs de soins doivent se soumettre périodiquement à une vérification du codage des DRG, afin d'en assurer la qualité.

⁴⁶ RS 942.20

Art. 24^{quater}, al. 4

Cet alinéa correspond à l'art. 15, al. 2, OLAA et a été adapté à l'AI.

Si l'assuré décide de recourir à un fournisseur de prestations non conventionné, une demande formelle de prise en charge est exigée. L'AI ne rembourse alors que les coûts correspondant aux tarifs de l'établissement conventionné le plus proche et proposant le même type de prestations. Les coûts sont alors pris en charge selon les mêmes critères que s'il s'agissait de la rémunération du traitement prévue à l'al. 2.

Art. 24^{quinquies}

Cet article est une reprise, adaptée à l'AI, de l'art. 70b, al. 1, OLAA.

Pour des prestations identiques, les structures tarifaires doivent être uniformes au niveau national. Ce principe facilite l'application de critères économiques uniformes. En outre, ce nouvel article précise que, pour la rémunération des traitements ambulatoires, des structures tarifaires uniformes de portée nationale doivent être utilisées dans l'AI.

Art. 24^{sexies}

Cet article complète l'art. 41, al. 1, let. I, RAI qui confère aux offices AI la compétence de conclure des conventions. Les fournisseurs de prestations ne peuvent cependant pas se prévaloir d'un droit à une convention.

Art. 24^{sexies}, al. 1

En vertu de l'art. 57, al. 2, LAI, les offices AI sont habilités à conclure des conventions au sens de l'art. 27, al. 1, LAI pour les mesures visées aux art. 14a à 18 LAI. Cet alinéa reprend la norme de délégation de l'actuel art. 41, al. 1, let. I, RAI, de sorte que la conclusion de conventions de prestations dans le domaine des mesures de réadaptations reste de la compétence des offices AI.

En règle générale, l'office AI du canton où le prestataire a son siège ou du lieu où il exerce sa profession de manière permanente est compétent pour la conclusion de la convention. L'art. 24^{sexies}, al. 1, précise que les fournisseurs de prestations ne peuvent pas se prévaloir d'un droit à la conclusion d'une convention. Il détermine par ailleurs les principes applicables à la fixation des prix et à l'appréciation de la saine gestion économique. Cette formulation doit permettre aux offices AI d'octroyer également des mandats de prestations à des fournisseurs commerciaux (cours de formation par ex.) sans contrôler le remboursement des coûts, pour que cela corresponde aux prix locaux et du marché. S'agissant des fournisseurs de prestations institutionnels, des critères supplémentaires d'économie d'entreprise et de qualité peuvent être définis et la transparence des coûts peut être exigée.

Art. 24^{sexies}, al. 2

Cet alinéa impose aux offices AI l'obligation de contrôler régulièrement la qualité de l'exécution des prestations par les fournisseurs ainsi que de vérifier au cas par cas leur efficacité et leur économicité, et de prendre des mesures d'amélioration si nécessaire. Les conventions conclues doivent en outre être réexaminées périodiquement et adaptées le cas échéant.

Titre précédant l'art. 24^{septies}

Le titre précédant l'art. 24^{septies} RAI doit être adapté d'un point de vue rédactionnel à la nouvelle formulation de l'art. 28a LAI.

Art. 24^{septies}

Art. 24^{septies}, al. 1

Pour pouvoir arrêter la méthode d'évaluation, il faut déterminer le statut de l'assuré (actif à temps plein, inactif ou actif à temps partiel).

Art. 24^{septies} al. 2

En principe, la détermination du statut doit se fonder sur la situation qui prévalait jusqu'au moment de la survenance de l'atteinte à la santé. Il est toutefois possible que des changements significatifs soient depuis lors intervenus, de sorte que le statut doit être déterminé d'une autre manière. De tels changements significatifs doivent être vérifiables objectivement ou démontrés par l'assuré. Il y a lieu d'évaluer systématiquement, sur la base des circonstances objectives, quelle aurait été la décision de la personne concernée dans sa vie concrète en l'absence d'atteintes à sa santé, seul le comportement hypothétique de l'assuré invoquant son droit étant ici toujours déterminant⁴⁷. Il faut tenir compte de toutes les circonstances du cas d'espèce, comme les modalités de répartition des tâches au sein de la famille, les éventuelles responsabilités familiales, l'âge, les capacités professionnelles, la formation ainsi que les préférences et les aptitudes spécifiques de l'assuré, selon le critère de l'expérience générale de la vie⁴⁸.

Le statut de l'assuré (et, partant, la méthode d'évaluation) se détermine en fonction de la manière dont les circonstances se sont développées jusqu'au moment de la prise de décision⁴⁹.

L'al. 2 reprend la règle de l'actuel art. 27^{bis}, al. 1, RAI. Celui-ci dispose que les assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel ou travaillant à temps partiel dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés doivent être qualifiés de personnes exerçant une activité lucrative lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet.

Art. 24^{septies}, al. 3, let. a

La majorité des cas concerne des personnes actives dont le taux d'invalidité est calculé sur la base d'une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA. Selon l'al. 3, let. a, le statut « exerçant une activité lucrative » correspond à tous les assurés qui exerceraient une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % s'ils étaient en bonne santé. En règle générale, on tient ici compte de la situation professionnelle et personnelle avant la survenance de l'atteinte à la santé. Si l'assuré travaillait à 100 %, on peut généralement considérer que ce taux resterait identique s'il était en bonne santé (sous réserve de changements intervenant dans sa situation au sens de l'art. 24^{septies}, al. 1, RAI). Le taux d'occupation auquel correspond une activité lucrative de 100 % varie en fonction des activités et doit être évalué sur la base de la durée de travail usuelle dans l'entreprise concernée.

Le fait que l'assuré exerce une activité salariée ou indépendante ou qu'il travaille dans l'entreprise de son conjoint sans être rémunéré n'a aucune importance.

Les personnes en formation relèvent désormais de la let. a, et non plus de l'actuel art. 26^{bis} RAI. Pour les assurés tels que les écoliers, les lycéens, les personnes suivant une formation professionnelle ou les étudiants, il faut tenir compte de l'art. 5 LAI est observée. Selon l'art. 5, al. 2, LAI, l'invalidité des assurés sans activité lucrative âgés de moins de 20 ans qui n'exercent pas d'activité lucrative est déterminée selon l'art. 8, al. 2, LPGA. Pour ces très jeunes assurés, il s'agit de savoir si l'atteinte à la santé provoquera probablement une incapacité de gain. En pareils cas, ils doivent être considérés comme exerçant une activité lucrative. Selon l'art. 5, al. 1, LAI, l'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus est déterminée selon l'art. 8, al. 3, LPGA uniquement si on ne peut exiger d'eux qu'ils exercent une activité lucrative. L'art. 8, al. 3, LPGA dispose également que le statut « sans activité lucrative », et donc l'impossibilité d'accomplir ses travaux habituels, doit être présumé pour ces assurés de plus de 20 ans uniquement s'il ne peut être exigé d'eux qu'ils exercent une telle activité.

De manière simplifiée, on peut ainsi dire qu'il faut partir du principe que les assurés qui suivent une formation et n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être invalides doivent être considérés comme exerçant une activité lucrative, à moins que l'exercice d'une telle activité

⁴⁷ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_889/2011 du 30 mars 2012, consid. 3.2.1

⁴⁸ Cf. par ex. ATF 117 V 194

⁴⁹ Cf. RCC 1989, p. 127

soit impossible à présumer en raison des circonstances concrètes. Pour ces assurés, l'invalidité est donc en principe évaluée au moyen d'une comparaison des revenus.

Art. 24^{septies}, al. 3, let. b

Le statut « sans activité lucrative » est donné lorsque l'assuré n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé et ne prévoyait pas d'en entreprendre une même s'il était resté en bonne santé. Dans ces cas, le taux d'invalidité est déterminé selon la méthode spécifique de la comparaison des activités selon l'art. 28a, al. 2, LAI.

Les rentiers et celles ayant pris une retraite anticipée, lorsque l'atteinte à la santé survient seulement après qu'elles ont acquis ces statuts respectifs, se voient également attribuer le statut « sans activité lucrative ». Si un rentier se charge lui-même de la gestion de sa fortune, cette tâche peut être prise en compte en tant qu'activité lucrative à temps plein ou partiel au sens de l'art. 24^{septies}, al. 3, let. a ou c.

Art. 24^{septies}, al. 3, let. c

Les assurés qui exerceraient une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % s'ils étaient en bonne santé sont considérés comme « exerçant à temps partiel » et leur invalidité est déterminée selon la méthode mixte au sens de l'art. 28a, al. 3, LAI. En principe, il convient ici aussi de tenir compte de la situation professionnelle et personnelle avant la survenance de l'atteinte à la santé.

Par analogie avec l'al. 3, let. a, le fait que l'assuré exerce une activité salariée ou indépendante ou qu'il travaille dans l'entreprise de son conjoint sans être rémunéré n'a également aucune importance.

Art. 25, titre et al. 2 à 4

Titre

L'actuel titre « Principes » de l'art. 25 est modifié en « Principes de la comparaison des revenus ». L'article définit désormais les principes les plus importants applicables à la fixation des revenus déterminants au sens de l'art. 28a, al. 1, LAI. Ces revenus avec et sans invalidité au sens de l'art. 16 LPGA étaient jusqu'ici désignés respectivement comme revenu d'invalidité et revenu sans invalidité dans la jurisprudence et la Circulaire sur l'invalidité et l'imposance dans l'assurance-invalidité.

Art. 25, al. 2

L'actuel art. 25, al. 2, RAI contient une réglementation spéciale pour les indépendants, qui tient du simple bon sens qui ne nécessite en conséquence pas d'être réglée au niveau du règlement.

Le nouvel al. 2 pose un principe essentiel pour la comparaison des revenus, selon lequel les revenus avec et sans invalidité doivent être établis sur des périodes identiques. En principe, les circonstances concrètes au moment le plus tôt possible de naissance du droit à la rente sont déterminantes. Les modifications des revenus à comparer susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent alors être prises en compte⁵⁰.

Dans la pratique, il importe également que tous les facteurs (externes à l'invalidité) influant sur les revenus à comparer soient toujours pris en considération, tant pour le revenu avec invalidité que pour le revenu sans invalidité, ou qu'ils soient au contraire ignorés pour les deux revenus⁵¹. C'est pourquoi il est indispensable que les deux revenus soient comparés sur le même marché du travail. C'est essentiel surtout pour l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger et les offices AI des cantons situés aux frontières nationales. Une comparaison entre les salaires étrangers et les salaires suisses relativement élevés aboutirait à des

⁵⁰ Cf. entre autres arrêt du Tribunal fédéral 8C_132/2020 du 18 juin 2020, consid. 4.1

⁵¹ Cf. ATF 129 V 222, consid. 4.4

distorsions qui pourraient selon les circonstances avantager ou défavoriser les assurés concernés. L'al. 2 dispose par conséquent que la situation et les salaires sur le marché suisse du travail sont déterminants pour le calcul du taux d'invalidité.

Art. 25, al. 3

Lorsque le recours à des valeurs statistiques s'avère nécessaire, il convient de s'appuyer sur les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'OFS, qui sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe.

La jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral concernant l'utilisation des salaires statistiques reste pertinente dans ce cadre. En règle générale, les valeurs du tableau TA1_tirage_skill_level (« Salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe, Secteur privé ») font ainsi foi⁵². S'il existe toutefois de bonnes raisons en faveur de l'utilisation des valeurs d'un autre tableau (par ex. dans le cas d'un assuré pouvant prétendre à des postes dans le secteur tant public que privé, ou d'un spécialiste particulièrement qualifié et titulaire d'un diplôme d'une haute école), on peut continuer à s'appuyer sur d'autres tableaux de l'ESS.

Dans des cas dûment justifiés, il doit aussi rester possible de se référer à d'autres valeurs statistiques, concernant par exemple les indépendants, pour lesquels les valeurs de l'ESS sont parfois inadaptées puisqu'elles se basent sur les salaires d'employés⁵³. On peut ainsi, pour les employeurs indépendants, se fonder sur les salaires effectivement versés aux employés de l'entreprise en fonction de leurs activités respectives⁵⁴ ou, pour les indépendants sans employés, également sur les valeurs statistiques de la branche concernée⁵⁵.

En cas de recours aux salaires statistiques, il convient alors, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral et à la présente modification réglementaire, de toujours utiliser les tableaux de l'ESS les plus actuels au moment où la décision est rendue⁵⁶. Le cas échéant, toute valeur qui se rapporte à une année antérieure doit être indexée à la hausse en fonction de l'année déterminante, c'est-à-dire adaptée à l'évolution des salaires nominaux sur la base de l'indice suisse des salaires publié par l'OFS.

Art. 25, al. 4

Les valeurs de l'ESS sont toutes spécifiées sur la base d'une semaine de 40 heures. Le « temps de travail usuel au sein de l'entreprise » étant cependant plus long en Suisse, les valeurs doivent être adaptées aux horaires de travail en vigueur dans chaque entreprise. La statistique « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, en heures par semaine » de l'OFS⁵⁷ doit être utilisée dans ce cadre. Dès lors que l'on s'appuie sur des valeurs statistiques spécifiques à une branche, les horaires de travail usuels dans les entreprises de la branche en question doivent être utilisés. Dans les autres cas, il convient de prendre comme base le temps de travail usuel total au sein de l'entreprise.

Art. 26

L'actuel art. 26 RAI contient des dispositions concernant les invalides de naissance et les invalides précoces, c'est-à-dire les personnes qui n'ont pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes ou ont été empêchées d'achever leur formation professionnelle pour cause d'invalidité. Dans un souci d'égalité, les dispositions générales suivantes relatives à la détermination des revenus avec et sans invalidité s'appliquent désormais aussi aux invalides de naissance et aux invalides précoces, dans la mesure du possible et du raisonnable. Le revenu sans invalidité pour les assurés qui, en raison de leur d'invalidité, ne peuvent pas

⁵² Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_671/2010 du 25 février 2011, consid. 6.4.2

⁵³ Cf. approche de l'enquête, consultable sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/enquetes/ess.assetdetail.6468400.html>

⁵⁴ Cf. RCC 1962, p. 126

⁵⁵ Cf. arrêt du Tribunal fédéral I 575/00 du 9 mai 2001

⁵⁶ Cf. ATF 143 V 295, consid. 2.3

⁵⁷ Consultable sur <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/je-d-03.02.03.01.04.01>

commencer de formation professionnelle ou peuvent seulement suivre une formation élémentaire AI ou une formation pratique INSOS est en revanche déterminé selon la règle de l'art. 26, al. 4, P-RAI.

Art. 26, al. 1

Selon l'art. 16 LPGA, le revenu sans invalidité correspond au revenu provenant de l'activité lucrative que l'assuré obtiendrait selon toute vraisemblance s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être déterminé, dans la mesure du possible, sur la base des circonstances effectives avant la survenance de l'atteinte à la santé⁵⁸.

Le fait que l'assuré ait suivi une formation professionnelle selon la LFPPr (attestation fédérale de formation professionnelle, certificat fédéral de capacité, brevet fédéral ou diplôme fédéral) ou des études universitaires, ou encore n'ait pas achevé de formation professionnelle du tout, n'est pas décisif. Le revenu perçu par l'assuré au titre de la dernière activité qu'il a exercée avant de devenir invalide est toujours déterminant, dès lors que l'on peut supposer qu'il aurait continué d'exercer cette profession s'il était en bonne santé.

Si un assuré a exercé à un taux d'occupation supérieur à 100 % avant la survenance de l'invalidité, le revenu total de l'activité lucrative ainsi réalisé est pris en compte dans le revenu sans invalidité. Il n'est plus procédé à une réduction à un taux d'occupation de 100 %. De manière analogue, l'art. 24^{septies}, al. 3, let. a, définit l'activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus.

Dans sa jurisprudence, le Tribunal fédéral a déjà statué sur les cas de cumul d'un travail à plein temps avec une activité accessoire, avec des heures supplémentaires régulièrement accomplies ou avec l'exercice d'une activité indépendante, en renonçant à une réduction à un taux d'occupation de 100 %⁵⁹. Les règles de fixation du revenu sans invalidité s'appliquent en principe tant aux salariés qu'aux indépendants.

S'agissant des indépendants, il y a en outre lieu d'examiner le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de l'assuré si celui-ci n'était pas devenu invalide⁶⁰. Pour déterminer le revenu effectivement réalisé, les pièces comptables correspondantes sont en règle générale demandées et comparées avec les inscriptions au compte individuel. Lorsque les circonstances ne peuvent pas être déterminées d'une autre manière, l'office AI procède à une enquête sur place. Les revenus des indépendants étant fréquemment soumis à de fortes fluctuations à relativement court terme, il convient ici de se baser sur le montant moyen perçu pendant une période plus longue⁶¹.

Dans le cas des indépendants, il y a lieu de déduire les revenus qui ne proviendraient pas de l'activité propre à la personne invalide, afin de tenir compte de la situation individuelle (par ex. intérêt du capital engagé dans l'entreprise ou part du revenu qui provient de la collaboration des proches)⁶².

Les dirigeants d'une société anonyme ou d'une société à responsabilité limitée sont en principe considérés comme des salariés. S'ils ont toutefois une influence déterminante sur la société (par ex. parce qu'ils sont les seuls à avoir le droit de signature ou sont actionnaires uniques), il est justifié d'évaluer l'invalidité avec la méthode utilisée pour les indépendants, notamment en tenant compte de la moyenne des revenus sur plusieurs années ou par une comparaison pondérée des activités⁶³. En pareils cas, on ne saurait se baser sur les seules inscriptions au compte individuel puisque l'assuré a une influence déterminante sur la répartition des revenus entre salaire et bénéfice, qui peut notamment aussi être influencée par des considérations fiscales⁶⁴.

⁵⁸ Cf. entre autres arrêt du Tribunal fédéral 9C_4040/2007 du 11 avril 2008, consid. 2.3

⁵⁹ Cf. ATF 8C_765/2007 du 11 juillet 2008, consid. 4.1.2, ATF 8C_671/2010 du 25 février 2011, consid. 4.5

⁶⁰ RCC 1963, p. 427

⁶¹ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_771/2017 du 29 mai 2018, consid. 3.1.6

⁶² Cf. RCC 1962 p. 481

⁶³ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_898/2010 du 13 avril 2011, consid. 5.3

⁶⁴ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_346/2012 du 24 août 2012, consid. 4

Pour les indépendants dont les revenus ne peuvent être calculés de manière fiable, il convient, en lieu et place d'une comparaison normale des revenus, de procéder à une comparaison pondérée des activités (dite « méthode extraordinaire »)⁶⁵. Pour ce faire, une comparaison des activités est dans un premier temps effectuée, c'est-à-dire que l'on détermine les activités que l'assuré exécutait ou était en mesure d'exécuter avant et après la survenance de l'atteinte à la santé, et dans quelle mesure. Ces activités sont ensuite pondérées en fonction du salaire en usage dans la branche. Cette approche permet de calculer aussi bien le revenu sans invalidité que le revenu avec invalidité et de procéder à une comparaison des revenus. Il s'agit ici d'un cas particulier de détermination des valeurs effectives au sens de l'al. 2.

On recourt également à une comparaison des activités pour évaluer les atteintes des personnes travaillant dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérées, dans la mesure où le travail ainsi fourni à titre gratuit ne donne lieu à aucun revenu.

Art. 26, al. 2

Il y a lieu de recourir à des valeurs statistiques s'il est impossible de s'appuyer sur un revenu effectif au sens de l'al. 1 parce que celui-ci ne peut être déterminé avec suffisamment de précision, notamment en raison d'un éloignement de longue durée du marché du travail, de la suppression pour des motifs propres à l'entreprise du poste occupé jusqu'alors par l'assuré⁶⁶ ou, dans le cas d'un indépendant, de la faible représentativité des premières années d'activité⁶⁷.

Dans chaque cas concret, il s'agit d'évaluer le revenu qu'aurait statistiquement touché une personne en bonne santé ayant la même formation et une situation professionnelle similaire⁶⁸.

On se base ici sur la formation professionnelle de l'assuré, sauf s'il n'a jamais exercé ou n'a plus exercé depuis longtemps le métier correspondant. Il faut en principe utiliser les valeurs spécifiques à la branche associée à la formation professionnelle qui figurent dans le tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS⁶⁹. Si la formation ou l'expérience professionnelle de l'assuré lui permet d'accéder à l'ensemble du marché du travail, il est possible de s'appuyer sur les valeurs totales du tableau TA1_tirage_skill_level (de nouveau différenciées en fonction du sexe et du niveau de compétences).

La formation professionnelle de l'assuré peut également jouer un rôle dans le choix du niveau de compétences au sein du tableau. Les personnes qui n'ont pas suivi de formation professionnelle sont ainsi fréquemment classées au niveau de compétences 1, tandis que la majorité de celles qui ont suivi une formation et sont titulaires, par exemple, d'une attestation fédérale de formation professionnelle ou d'un certificat fédéral de capacité se retrouve au niveau de compétences 2⁷⁰.

Si aucun revenu effectif ne peut être pris en compte, les assurés titulaires d'une attestation fédérale de formation professionnelle ou d'un certificat fédéral de capacité sont toujours soumis à l'al. 2. En pareils cas, le Tribunal fédéral a parfois estimé que l'assuré n'avait pas acquis de connaissances professionnelles suffisantes lorsque, malgré l'obtention de son attestation de formation professionnelle ou de son certificat de capacité, il n'était pas vraiment parvenu à entrer sur le marché primaire du travail⁷¹. Cette jurisprudence s'oppose aux principes de la LFPr, qui règle de manière détaillée les exigences relatives à l'attestation fédérale de formation professionnelle et au certificat fédéral de capacité. La forte standardisation de la formation professionnelle permet de certifier qu'un assuré titulaire d'une attestation de formation professionnelle ou d'un certificat de capacité possède les connaissances et les aptitudes correspondantes. Dès lors, une inégalité de traitement entre personnes atteintes

⁶⁵ Cf. ATF 128 V 29

⁶⁶ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_513/2014 du 17 décembre 2014, consid. 6.5 s.

⁶⁷ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_148/2016 du 2 novembre 2016, consid. 2.1

⁶⁸ Cf. ATF 114 V 310, consid. 4a

⁶⁹ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1

⁷⁰ Au sujet des différents niveaux de compétences, voir les remarques dans les résultats commentés de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2016, p. 25 et 26

⁷¹ Cf. entre autres arrêt du Tribunal fédéral 9C_233/2018 du 11 avril 2019

dans leur santé et personnes en bonne santé est impossible. La valorisation éventuellement réduite des qualifications professionnelles doit être prise en compte lors de la fixation du revenu avec invalidité (art. 26^{bis} P-RAI).

Art. 26, al. 3

Les personnes qui ont commencé une formation professionnelle mais n'ont pu l'achever en raison d'une maladie ou d'un accident sont considérées comme l'ayant achevée. La règle de l'actuel art. 26, al. 2, RAI est ainsi reprise.

Le terme de « formation professionnelle » recouvre toutes les formations qui font suite à la scolarité obligatoire⁷². Il s'agit de la formation professionnelle initiale (attestation fédérale de formation professionnelle, certificat fédéral de capacité, maturité professionnelle), de la formation en écoles d'enseignement général (certificat ou maturité obtenu auprès d'une école de culture générale, maturité gymnasiale) ainsi que des formations de niveau tertiaire (formation professionnelle supérieure ou hautes écoles).

Cette règle vise également les personnes qui sont intéressées par une formation professionnelle concrète mais ne peuvent l'entamer pour cause d'invalidité survenue entre-temps, ou qui en commencent une mais sont contraintes d'opter pour une formation d'un niveau de qualification inférieur suite à la survenance d'une invalidité ou à une péjoration de leur état de santé.

Elle ne concerne en revanche pas les jeunes suivant une formation élémentaire AI ou une formation pratique INSOS, pour lesquels l'al. 4 s'applique.

Art. 26, al. 4

Cet alinéa reprend la règle de l'actuel art. 26, al. 1, RAI pour les assurés qui présentent déjà une atteinte à la santé au moment du choix d'un métier ou d'une formation professionnelle et qui, en raison de leur d'invalidité, n'ont pas la possibilité de suivre une formation professionnelle au sens de la LFPr ou une formation au sein d'une école d'enseignement général. Il s'agit donc de personnes qui ne peuvent pas commencer une formation professionnelle du tout ou qui suivent une formation élémentaire AI ou une formation pratique INSOS.

Comme dans de tels cas le parcours de formation professionnelle que l'assuré aurait emprunté ou aurait pu emprunter s'il était en bonne santé n'est pas connu, on continue de se baser sur la valeur médiane de l'ESS.

Les classes d'âge actuelles de l'art. 26, al. 1, RAI sont toutefois supprimées, car elles conduisaient, même sans modification des circonstances, à des adaptations progressives du taux d'invalidité au fil des ans jusqu'à ce que l'assuré atteigne l'âge de 30 ans, et ainsi éventuellement à l'ouverture du droit à une rente.

En utilisant les valeurs statistiques sans les catégories d'âge, un revenu sans invalidité calculé selon les principes généraux peut être dans certains cas pris en compte sur des bases statistiques dès l'âge de 18 ans pour les invalides de naissance et les invalides précoces qui ne peuvent accéder à une formation professionnelle normale malgré tous les efforts de réadaptation possibles déployés par l'AI. Dès lors, il n'y a plus d'inégalité de traitement liée à la réduction artificielle du revenu sans invalidité et donc également du taux d'invalidité avant l'âge de 30 ans. Cela est d'autant plus important que ces invalides de naissance et invalides précoces ne disposent que rarement d'un 2^e pilier et doivent couvrir l'ensemble de leurs besoins vitaux au moyen des prestations d'assurance du 1^{er} pilier.

La valeur médiane statistique de l'ESS utilisée comme base de calcul du revenu sans invalidité recouvre l'éventail complet des salaires pour toutes les catégories d'âge.

Dans le tableau TA1_tirage_skill_level, on s'appuie sur la valeur totale pour l'ensemble des branches économiques et des niveaux de compétences, car il est impossible de prédire la formation que l'assuré aurait pu achever s'il était en bonne santé et le niveau de compétences qu'il aurait ainsi atteint. En comparaison avec les autres cas d'application de l'ESS,

⁷² Cf. aperçu du système éducatif suisse du SEFRI, consultable sous <https://www.sbf.admin.ch/sbfi/fr/home/formation/l-espace-suisse-de-formation/systeme-educatif-suisse.html>

en ce qui concerne les invalides de naissance et les invalides précoces, on se base sur les valeurs indépendantes de l'âge, mais pas sur les valeurs spécifiques au sexe puisque, ces assurés n'ayant jamais exercé une quelconque activité, il n'existe pas de lien ou d'indice en ce sens.

Art. 26, al. 5

Si le revenu sans invalidité est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel de la branche selon l'ESS, il faut procéder à ce qu'on appelle une parallélisation⁷³.

La parallélisation signifie que les facteurs étrangers à l'invalidité sont soit ignorés soit pris en compte de manière identique pour les deux revenus à comparer. Il s'agit ici de l'ensemble des facteurs (d'ordre principalement économique) qui avaient déjà un impact négatif sur le revenu de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé, tels que le faible niveau des salaires dans une région, le statut de séjour (y c. frontaliers) ou la nationalité, mais aussi des facteurs personnels comme le manque de connaissances linguistiques, une formation lacunaire ou encore l'âge.

Pour une application uniforme, le revenu sans invalidité est adapté pour correspondre à 95 % du revenu médian usuel dans la branche selon l'ESS.

La nouvelle réglementation est plus avantageuse que la réglementation actuelle pour les assurés parce qu'il n'est plus nécessaire d'examiner quels sont précisément les facteurs à l'origine d'un revenu inférieur à la moyenne ou si l'assuré s'était contenté d'un revenu aussi modeste⁷⁴. On part plutôt du principe qu'un salarié n'aurait vraisemblablement pas accepté volontairement un revenu aussi faible. La parallélisation doit par conséquent être systématiquement effectuée lorsque le revenu sans invalidité défini à l'art. 26, al. 1, P-RAI est inférieur de plus de 5 % au revenu médian usuel dans la branche selon l'ESS.

Avec l'application automatique de la parallélisation pour les salariés, tous les facteurs en théorie susceptibles, d'être pris en compte pour un abattement en raison d'une atteinte à la santé selon la jurisprudence du Tribunal fédéral sont déjà compris dans la parallélisation et peuvent par conséquent être ignorés le cas échéant⁷⁵.

Art. 26, al. 6, let. a

La let. a précise dans un premier temps qu'aucune parallélisation au sens de l'art. 26, al. 5, P-RAI ne doit être faite lorsque l'activité de l'assuré est soumise à une CCT étendue ou un CTT et lorsque l'assuré perçoit déjà le salaire minimum prévu dans cette CCT ou ce CTT. Cette règle correspond au principe instauré par la jurisprudence, selon lequel le salaire minimal prévu par une CCT représente plus précisément le revenu usuel dans la branche concernée que le salaire ESS⁷⁶. On peut supposer que le salaire minimal négocié par les partenaires sociaux ou fixé par une autorité ne constitue pas un revenu inférieur à la moyenne.

Art. 26, al. 6, let. b

Une parallélisation au sens de l'art. 26, al. 6, P-RAI ne doit pas être effectuée lorsque le revenu avec invalidité est également calculé sur la base du revenu effectif et que celui-ci est inférieur à la moyenne. En effet les facteurs étrangers à l'invalidité sont soit ignorés soit pris en compte de manière identique pour les deux revenus à comparer.

Art. 26, al. 6, let. c

Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative indépendante, rien ne permet d'affirmer qu'il ne se serait pas de son propre chef contenté d'un revenu aussi modeste. Au contraire, les indépendants tendent plutôt à se contenter de faibles revenus pendant plusieurs années, et ce aussi en raison de considérations liées à la fiscalité et aux assurances. En l'occurrence, la

⁷³ Cf. ATF 135 V 58 et ATF 135 V 297

⁷⁴ Cf. ATF 134 V 322, consid. 4.1

⁷⁵ Cf. ATF 135 V 297, consid. 6.2

⁷⁶ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_537/2016 du 11 avril 2017, consid. 6, et arrêt du Tribunal fédéral 8C_141/2016 du 17 mai 2016, consid. 5.2.2.3

jurisprudence actuelle⁷⁷ est reprise. À des fins de simplification et d'uniformisation de la réglementation, une parallélisation est exclue pour les indépendants.

Cela ne signifie pas pour autant automatiquement qu'un faible salaire n'assurant pas le minimum vital devrait être pris en compte comme revenu sans invalidité dans tous les cas. Lorsque l'entreprise est encore très récente et que les revenus des premières années ne sont pas représentatifs, il y a plutôt lieu de se référer à des valeurs statistiques pour la fixation du revenu sans invalidité⁷⁸.

Art. 26^{bis}

L'actuel art. 26^{bis} RAI règle le statut des assurés ayant commencé leur formation professionnelle. Son contenu se trouve à présent, de manière générale, à l'art. 24^{septies} P-RAI.

Art. 26^{bis}, al. 1

Selon l'art. 16 LPGa, le « revenu avec invalidité » correspond au revenu que l'assuré pourrait obtenir après la survenance de l'invalidité et l'exécution du traitement et d'éventuelles mesures de réadaptation en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui sur un marché du travail équilibré.

À l'instar du revenu sans invalidité, il convient en premier lieu de s'appuyer sur le salaire effectivement obtenu pour déterminer le revenu avec invalidité.

La prise en compte du salaire concret en tant que revenu avec invalidité repose d'une part sur la condition que l'assuré tire tout le parti possible de sa capacité fonctionnelle restante (cf. art. 54a, al. 3, LAI). D'autre part, le revenu réalisé doit présenter une certaine stabilité afin qu'une nouvelle révision ne s'avère pas déjà nécessaire peu après la fixation des prestations. À cette fin, l'état de santé de l'assuré doit lui permettre d'exercer l'activité en question sur une période prolongée. Ce critère doit remplacer les autres critères supplémentaires actuellement requis par la jurisprudence concernant l'adéquation entre le salaire perçu et le travail fourni, et les conditions de travail particulièrement stables ou la possibilité de réaliser durablement un revenu correspondant sur un marché du travail équilibré⁷⁹, car ces critères sont difficilement vérifiables dans la pratique.

Par analogie avec la jurisprudence actuelle, il doit demeurer possible d'extrapoler le salaire effectivement réalisé à partir du taux d'occupation raisonnablement exigible lorsque la capacité de travail résiduelle de l'assuré n'est pas totalement utilisée et lorsqu'une augmentation correspondante du taux d'occupation est envisageable au moins pour l'employeur⁸⁰.

Art. 26^{bis}, al. 2

Conformément à l'art. 16 LPGa, pour la fixation du revenu avec invalidité, il faut examiner dans chaque cas concret quel revenu l'assuré pourrait encore réaliser sur un marché du travail équilibré au vu de sa capacité fonctionnelle restante. Comme dans la réglementation applicable au revenu sans invalidité (cf. art. 26, al. 1, P-RAI), la formation et la situation professionnelle jusqu'à présent de l'assuré ainsi que les éventuelles qualifications qu'il a acquises en suivant des mesures de réadaptation d'ordre professionnel doivent être prises en considération.

Dans le cas d'un assuré qui, lorsqu'il était en bonne santé, exerçait une activité à un taux d'occupation supérieur à 100 % et dont le revenu sans invalidité est par conséquent élevé (cf. art. 26, al. 1, RAI), il y a lieu d'examiner si l'on peut encore raisonnablement exiger de lui qu'il travaille à un taux d'occupation supérieur à 100 % après la survenance de l'atteinte à la santé.⁸¹

⁷⁷ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_148/2016 du 2 novembre 2016, consid. 2.1, et ATF 135 V 58

⁷⁸ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_148/2016 du 2 novembre 2016, consid. 2.2.

⁷⁹ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_720/2012 du 11 février 2013, consid. 2.3.2

⁸⁰ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_720/2012 du 11 février 2013, consid. 2.3.2

⁸¹ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_766/2011 du 30 décembre 2011, consid. 3.2.2

Le salaire calculé pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % doit ensuite être diminué en fonction de la capacité fonctionnelle restante tel que cela ressort de l'évaluation médicale.

En vertu de l'obligation de réduire le dommage, il peut dans certains cas être attendu des indépendants qu'ils reprennent une activité salariée si celle-ci est susceptible de se traduire par une meilleure exploitation de la capacité de travail résiduelle et si un changement professionnel paraît raisonnablement exigible au regard des circonstances objectives et subjectives.⁸²

Pour les assurés qui sont invalides de naissance ou invalides précoces, le revenu sans invalidité est fixé sur la base de valeurs statistiques non spécifiques au sexe (cf. art. 26, al. 4, P-RAI). C'est pourquoi le revenu avec invalidité est également déterminé sur la base de valeurs indépendantes du sexe, contrairement aux autres cas d'application de l'ESS (cf. art. 25, al. 3, P-RAI)⁸³.

Art. 26^{bis}, al. 3

Afin de tenir compte des facteurs liés à l'invalidité qui induisent une diminution du salaire, le Tribunal fédéral a développé un abattement en raison d'une atteinte à la santé⁸⁴, qui est appliqué sur le revenu avec invalidité calculé sur la base des statistiques et est limité à 25 % du salaire statistique.

Cet abattement en raison d'une atteinte à la santé, sous sa forme actuelle, n'est pas introduit au niveau du règlement et ne sera donc plus appliqué. Les limitations dues à l'atteinte à la santé de l'assuré ainsi que les répercussions du travail à temps partiel doivent néanmoins être prises en considération conformément aux règles suivantes :

- En premier lieu, les limitations strictement dues au handicap (restrictions médicales à l'exercice d'une activité lucrative de nature quantitative et qualitative) doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle de l'assuré (cf. art. 49, al. 1^{bis}, P-RAI). Par rapport à la solution actuelle, cette approche se révèle plus avantageuse pour les assurés puisque la limitation de l'abattement sur le salaire statistique en raison d'une atteinte à la santé à 25 % est ainsi supprimée.
- Les facteurs d'ordre économique qui existaient déjà avant la survenance de l'atteinte à la santé et qui influaient sur le revenu susceptible d'être réalisé (par ex. statut de séjour ou nationalité) sont pris en compte uniquement lors de la parallélisation du revenu sans invalidité (cf. art. 26, al. 5, P-RAI). Comme la parallélisation est désormais faite systématiquement et sans examen des motifs à l'origine du fait que le revenu soit inférieur à la moyenne, les assurés ne subissent pas de désavantage par rapport à la réglementation actuelle.
- Les deux facteurs « âge » et « années de service » pourront à l'avenir être abandonnés sans conséquences pour les assurés. Le facteur de l'âge est cependant toujours pris en compte dans l'examen d'une éventuelle impossibilité d'exploiter la capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré⁸⁵. Le tableau T17 de l'ESS (Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les groupes de professions, l'âge et le sexe) montre que le facteur de l'âge n'a dans aucune catégorie un effet réducteur sur le salaire. Plus le profil requis (ou, désormais, le niveau de compétences) est faible, moins le facteur de l'ancienneté est important dans le secteur privé.⁸⁶ Par ailleurs, la jurisprudence estime plausible que perdre un emploi à l'issue d'un engagement de longue durée entraîne certes la perte des avantages salariaux liés au nombre d'années de service, mais que des rapports de travail prolongés avec un même employeur peuvent aussi avoir un impact positif sur le salaire initial auprès du nouvel employeur⁸⁷. À noter également que, lors de la parallélisa-

⁸² Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_460/2011 du 22 septembre 2011, consid. 4 s.

⁸³ Cf. VSI 2000, p. 82

⁸⁴ Cf. entre autres ATF 126 V 75

⁸⁵ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_610/2007 du 23 octobre 2007, consid. 4.1

⁸⁶ ATF 126 V 75

⁸⁷ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2017 du 18 janvier 2018, consid. 5.4.1

tion d'un revenu sans invalidité inférieur à la moyenne ou de l'utilisation d'une valeur statistique, des facteurs comme un manque de formation, l'âge ou le nombre d'années de service n'auraient pas donné lieu à un abattement en raison de l'atteinte à la santé, puisque cela reviendrait à les prendre en considération deux fois⁸⁸.

Parmi les facteurs dont la jurisprudence tenait jusqu'à présent compte pour l'abattement en raison d'une atteinte à la santé, seul demeure donc celui du « temps partiel », qui n'est pas pris en compte ailleurs. Ce dernier sera à l'avenir couvert par un abattement forfaitaire au titre du travail à temps partiel, basé sur les valeurs du tableau T18 « Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon le taux d'occupation, la position professionnelle et le sexe » des années 2008 à 2018 de l'ESS. Le salaire statistique fera par conséquent l'objet d'une réduction forfaitaire de 10 % pour tous les assurés qui ne peuvent travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins en raison de leur invalidité.

Art. 27

Art. 27, titre

Le titre de l'art. 27 est adapté car les dispositions relatives aux religieux ou religieuses ne sont désormais plus fixées au niveau du règlement du fait de leur manque de pertinence pratique.

Art. 27, al. 2

L'évaluation du taux d'invalidité des religieux ou religieuses apparaissant très rarement dans la pratique, ces cas ne sont plus régis au niveau du règlement.

Art. 27^{bis}

Le titre de l'art. 27^{bis} est adapté puisque la réglementation spéciale actuelle concernant le statut des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel ou travaillant dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés décrite à l'art. 27^{bis}, al. 1, est désormais couverte par l'art. 24^{septies}, al. 2 et 3, let. a, P-RAI. L'art. 27^{bis} ne contient ainsi plus que les règles applicables au calcul du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Art. 27^{bis}, al. 1

La structure de l'art. 27^{bis} RAI est adaptée. L'ancien al. 2 est transféré à l'al. 1.

La règle de calcul du taux d'invalidité fait l'objet d'une modification matérielle. Le calcul est effectué de la même manière pour l'ensemble des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel afin de parvenir à une solution uniforme et garantissant l'égalité de droit. L'activité lucrative et les travaux habituels non rémunérés sont complémentaires : tout ce qui ne relève pas de l'activité lucrative entre dans l'entretien du ménage. En d'autres termes, les deux domaines représentent ensemble une valeur de 100 %. Cette approche reflète le fait que l'AI est conçue comme une assurance universelle. La précision actuelle concernant les « personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi » est supprimée. En outre, on ne parle désormais plus que de « personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel » et la différence de traitement des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel sans accomplir de travaux habituels récemment instaurée par le Tribunal fédéral est abrogée.

À la suite de la modification du RAI du 1^{er} décembre 2017, la méthode mixte a été adaptée comme suit : l'activité lucrative à temps partiel n'était plus prise en compte que pour la pondération du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et les travaux habituels. En raison de cette modification de la méthode mixte, les personnes qui exerçaient une activité lucrative à temps partiel sans exécuter de travaux habituels étaient désavantagées par rapport à celles qui en accomplissaient. Les premières sont par conséquent assurées uniquement

⁸⁸ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_774/2019 du 3 mars 2020, consid. 8.6

pour la part concernant l'activité lucrative et n'ont pas de couverture d'assurance pour le temps restant. En conséquence, les personnes dont le taux d'occupation est inférieur à 70 % ne peuvent actuellement plus prétendre à une rente entière même en l'absence de capacité de gain résiduelle. L'adaptation de l'al. 1 permet de remédier à cette inégalité de traitement.

Art. 27^{bis}, al. 2

L'ancien al. 3 de l'art. 27^{bis} RAI est déplacé en substance à l'al. 2.

L'al. 2 est adapté de telle sorte qu'outre la méthode de fixation du revenu sans invalidité (let. a) et la pondération de la perte de gain (let. c), la let. b dispose dorénavant que le revenu avec invalidité est calculé sur la base d'une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 %. Cette adaptation découle de la jurisprudence selon laquelle le fait que l'assuré n'ait pas exercé à une activité à temps plein avant la survenance de l'atteinte à la santé n'est pas déterminant.⁸⁹ Une fois calculé, le salaire à temps plein doit être ajusté à la capacité fonctionnelle attestée par un certificat médical (cf. art. 26^{bis}, al. 1, P-RAI).

Art. 27^{bis}, al. 3

L'ancien al. 4 de l'art. 27^{bis} RAI est déplacé à l'al. 3. La dernière phrase est en outre modifiée d'un point de vue purement rédactionnel.

Art. 33^{bis}, al. 2

Avec l'introduction du système de rentes linéaire dans l'AI, le montant du droit à une rente d'invalidité est fixé en pour cent d'une rente entière et non plus sur la base de quarts de rente. Avec la suppression des quarts de rente, la disposition relative à la réduction des rentes pour enfant doit être reformulée afin de tenir compte du fait que les rentes peuvent dorénavant être exprimées en un grand nombre de pourcentages d'une rente entière. La réduction des rentes pour enfant continue d'être opérée en proportion de la rente entière. Il s'agit d'une modification purement formelle, sans changement matériel.

Art. 38, al. 2

La formulation de l'art. 38, al. 2, RAI renvoie au « droit au moins à un quart de rente ». Avec l'introduction du système de rentes linéaire dans l'AI, le montant du droit à une rente d'invalidité est fixé en pourcentage d'une rente entière et non plus sur la base de quarts de rente. Par conséquent, cette condition doit être remplacée. L'actuel al. 2 peut être abrogé car son contenu est déjà réglé à l'art. 42, al. 3, LAI.

Art. 39e, al. 5

En 2020, le catalogue des prestations de mesures médicales en cas de traitements à domicile a été étendu et inscrit à l'art. 3^{quinquies}, al. 5, P-RAI dans le cadre de la présente révision du règlement. En vertu du nouvel al. 5, les heures correspondant à la surveillance de longue durée doivent être déduites proportionnellement du besoin d'aide dans le cadre de la contribution d'assistance. Cela doit permettre d'empêcher que la surveillance soit indemnisée à double.

Art. 39f

Art. 39f, al. 1

Le mot « Franken » fait l'objet d'une adaptation formelle en allemand. Le montant est en outre relevé conformément à la décision du Conseil fédéral du 14 octobre 2020 sur l'adaptation des rentes AVS/AI à l'évolution des salaires et des prix au 1^{er} janvier 2021.

⁸⁹ Cf. ATF 145 V 370

Art. 39f, al. 2

Le mot « Franken » fait l'objet d'une adaptation formelle en allemand. Le montant est en outre relevé conformément à la décision du Conseil fédéral du 14 octobre 2020 sur l'adaptation des rentes AVS/AI à l'évolution des salaires et des prix au 1^{er} janvier 2021.

Art. 39f, al. 3

Cette modification ne résulte pas du DC AI, mais de l'évaluation de la contribution d'assistance (de 2012 à 2016)⁹⁰ ayant mis en évidence le problème de l'insuffisance du montant des forfaits de nuit, et d'une adaptation opérée en 2018 par le SECO. Le SECO a publié en 2018 un modèle complétant les CTT pour les travailleurs de l'économie domestique (modèle CTT) avec différentes dispositions, dont l'objectif est d'améliorer la situation des personnes qui assurent une prise en charge 24 heures sur 24 des personnes âgées ou des personnes atteintes dans leur santé. En ce qui concerne la nuit en particulier, le modèle CTT du SECO prévoit que le temps de présence doit aussi être rémunéré. Avec l'intégration des dispositions du modèle CTT du SECO dans les CTT cantonaux, les forfaits de nuit actuels de la contribution d'assistance ne permettent pas aux bénéficiaires de la contribution d'assistance de rémunérer les assistants conformément à ces dispositions. L'AI se doit d'appliquer les mêmes règles sur tout le territoire et ne peut pas s'adapter aux différentes législations cantonales. Le montant maximal du forfait de nuit est donc adapté conformément au modèle CTT du SECO.

Les forfaits de nuit ont été adaptés pour permettre aux bénéficiaires de la contribution d'assistance de rémunérer aussi le temps de présence des assistants.

Le forfait maximal de 160 fr. 50 se justifie par une combinaison du tarif horaire de jour au sens de l'art. 39f, al. 1, RAI et d'une partie des heures de présence, qui sont nettement moins bien indemnisées mais remboursées selon le modèle CCT du SECO. Les salaires minimaux au sens du modèle CCT du SECO ont été relevés de 20 % afin de tenir compte des charges sociales. Ce calcul combinatoire résulte d'une estimation des heures de travail actif et du temps de présence, qui diffèrent de par leur intensité et conduisent à des montants forfaitaires différents. Le système d'échelons prévu par la directive pour le calcul du montant du forfait est maintenu.

Le montant du forfait de nuit s'explique de la manière suivante. Un forfait maximal pour le service de nuit et un besoin d'aide de deux heures par nuit de l'assuré sont pris comme exemple. Pour calculer le forfait de nuit, le nombre d'heures de travail actif a été estimé à trois. Il restait donc cinq heures de temps de présence. Les heures de travail actif ont été multipliées par le forfait horaire de 33 fr. 50 et les heures de présence par 12 francs (qui correspondent au salaire minimal de 10 francs prévu par le modèle CTT du SECO dans ces situations, augmenté de 20 % pour tenir compte des charges sociales). La somme de ces deux montants donne le nouveau forfait maximal de 160 fr. 50 ($3 \times 33,50 + 5 \times 12$).

Le modèle CTT du SECO prévoit également un supplément de 25 % sur le salaire horaire pour les heures de travail actif pendant la nuit. Ce supplément n'a pas été pris en compte dans le calcul du nouveau montant maximal du forfait de nuit, étant donné que ces heures peuvent être utilisées aussi pendant la journée. Prendre en compte le supplément de 25 % aurait signifié que les heures de nuit utilisées pendant la journée comptaient pour un quart en plus. Par ailleurs, l'AI rembourse un tarif forfaitaire et non un salaire horaire. Le tarif forfaitaire permet donc aux bénéficiaires de la contribution d'assistance d'accorder ce supplément à leurs assistants et ainsi de respecter le modèle CTT du SECO.

Art. 39i

Art. 39i, al. 2

L'al. 2 est précisé en ce sens que seules les heures de travail fournies pendant la journée peuvent être prises en compte (outre celles facturées en application de l'art. 39h). L'al. 2^{bis}

⁹⁰ Guggisberg, Jürg / Bischof, Severin (2017) : *Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2016*. PR-AI, rapport de recherche n° 8/17. Disponible sous : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.

s'applique pour la facturation des heures fournies la nuit. L'art. 39i fait également l'objet d'une adaptation d'ordre rédactionnel visant à harmoniser ses alinéas.

Art. 39i, al. 2^{bis}

Les services de nuit doivent continuer d'être facturés sous la forme de forfaits fixes. Il est précisé que le forfait de nuit peut également être facturé si un assistant n'est pas personnellement présent sur place, mais se tient à disposition en cas de besoin (au domicile de l'assuré ou joignable par téléphone).

Art. 39i, al. 2^{er}

Si l'assuré ne facture pas une nuit, le forfait de nuit économisé est divisé par le salaire horaire prévu à l'art. 39f, al. 1, P-RAI pour être converti en heures. Le nombre d'heures ainsi obtenu peut alors être utilisé et facturé pour l'assistance de jour.

Il arrive que, pendant certaines nuits, l'assistance soit assurée par un proche de l'assuré, par exemple par le conjoint pendant le week-end. La conversion du forfait de nuit économisé en heures créditées sur la journée permet ainsi d'offrir une plus grande flexibilité à l'assuré.

Exemple : un assuré a droit à une contribution d'assistance de 50 heures et 30,4 nuits par mois. Au mois de janvier, il facture 50 heures à 33 fr. 50 chacune et 31 nuits à 116 fr. 55 chacune ($50 \times 33,50 + 31 \times 116,55$). Au mois de février, il facture seulement 23 nuits, car 5 sont couvertes par son fils. Il peut utiliser les heures correspondant à ces nuits ($116,55 / 33,50 = 3,5$) pendant la journée et facturer jusqu'à 67,5 ($50 + [5 \times 3,5]$) heures la journée.

Art. 39j

Art. 39j, al. 2

L'expérience a montré que les prestations de conseil peuvent aussi être nécessaires après la phase de mise en place de la contribution d'assistance, et ceci dans une mesure qui dépasse les quelques heures qui avaient été estimées au moment de l'introduction de la contribution d'assistance et qui auraient dû être couvertes dans le cadre des prestations de conseil de l'art. 74 LAI. En effet, il se peut qu'après quelques années, l'assuré doive engager à nouveau du personnel, licencier quelqu'un, rédiger un certificat de travail ou qu'il soit impliqué dans un litige concernant le droit du travail. Les changements de réglementation (cf. par ex. le nouveau modèle CTT du SECO, qui a force obligatoire dans la plupart des cantons) peuvent aussi rendre nécessaires des conseils supplémentaires. Cette adaptation permet donc aux bénéficiaires de la contribution d'assistance de recourir plusieurs fois aux prestations de conseil, pour un montant maximal de 1500 francs tous les 3 ans. Il revient toutefois à l'assuré de motiver de façon crédible son nouveau besoin de conseil. En particulier, il est exclu que cette prestation serve à financer des frais d'avocat, notamment dans le cadre d'un litige concernant les rapports de travail.

Art. 39j, al. 3

Le montant maximal des prestations de conseil fournies par un tiers est réglé à l'alinéa précédent et n'est plus limité à l'al. 3. La mention du montant maximal par heure doit quant à elle être maintenue.

Art. 41, al. 1, let. e à f^{er}, k et l

Art. 41, al. 1, let. e

L'actuelle règle de la let. e est abrogée, car le plan de réadaptation est établi dans le cadre de la gestion des cas (cf. art. 41a P-RAI). De même, la surveillance et l'exécution des mesures de réadaptation ordonnées sont réglées à l'art. 57, al. 1, let. f, LAI.

L'examen des conditions dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage est désormais inscrit à la let. e en tant que tâche incombant à l'office AI. Au cours de la planification du pro-

cessus dans le cadre de la gestion des cas, les exigences en matière de traitements médicaux doivent être examinées et mises en œuvre le plus tôt possible (dès la demande ou dans le cadre de l'établissement du plan de réadaptation).

Art. 41, al. 1, let. f

La let. f est abrogée. La collaboration avec les acteurs est désormais régie à l'art. 57, al. 1, let. e, f et g, LAI et décrite dans le cadre de la gestion des cas (cf. art. 41a P-RAI).

Art. 41, al. 1, let. f^{bis}

La let. f^{bis} est abrogée. Les conseils qui étaient auparavant considérés comme indépendants des cas particuliers sont à présent remplacés par les conseils axés sur la réadaptation visés à l'art. 57, al. 1, let. a, LAI.

Art. 41, al. 1, let. f^{er}

La let. f^{er} est abrogée. La collaboration avec les acteurs est décrite dans le cadre de la gestion des cas (cf. art. 41a P-RAI) et régie à l'art. 57, al. 1, let. f, LAI.

Art. 41, al. 1, let. k

Le terme « évaluer le taux d'invalidité » est adapté à la formulation du nouvel art. 28a LAI.

Art. 41, al. 1, let. l

L'attribution aux offices AI de la compétence de conclure des conventions relevant de l'art. 27 LAI pour les mesures de réadaptation prévues aux art. 14a à 18 LAI est désormais régie au nouvel art. 24^{sexies} P-RAI. La let. l n'est ainsi plus utile et peut être biffée.

Art. 41a

Art. 41a, al. 1

Les offices AI assurent une gestion des cas continue et uniforme tout au long de la vie de l'assuré et sur l'ensemble de la procédure AI, de la naissance à l'âge de la retraite. La gestion des cas vise principalement à améliorer les chances d'atteindre les objectifs des mesures octroyées dans le cadre de l'ensemble de la procédure AI, en mettant en œuvre lesdites mesures au moment opportun et dans une ampleur ou un cadre adéquat, ainsi qu'en les contrôlant et en accompagnant l'assuré.

Alors que la gestion des cas fait d'ores et déjà partie des tâches des offices AI dans le domaine de la réadaptation professionnelle et constitue le fondement du succès de cette dernière, elle est à présent introduite pour les mesures médicales. Les bases de la future collaboration entre les différents acteurs doivent ainsi être posées précocement afin de contribuer d'une manière importante au succès de la réadaptation.

La gestion des cas découle des art.s suivants : art. 3a, 3a^{bis}, 8, al. 1^{bis} et 1^{ter}, 8a, 14^{quater}, 28, al. 1^{bis}, 49 et 57, al. 1, let. a à h et m, LAI.

Art. 41a, al. 2

La gestion des cas s'inscrit dans le cadre du case management et comporte plusieurs étapes décrites aux let. a à d.

Art. 41a, al. 2, let. a

L'état des lieux sert à évaluer la situation médicale, professionnelle, familiale et sociale de l'assuré ainsi qu'à déterminer ses ressources et ses limitations.

Les actuels art. 1^{quinquies} (Entretien de détection précoce) et 70 RAI (Évaluation) sont abrogés puisque leur contenu est compris dans l'état des lieux.

Art. 41a, al. 2, let. b

Lors de la planification des étapes suivantes, il convient de prendre en compte en particulier les points suivants :

La planification des prochaines étapes englobe l'ensemble du processus de réadaptation respectivement de la procédure AI et ne se limite pas à l'octroi d'une seule mesure. Elle tient en outre compte des prestations déjà fournies par l'AI et d'autres acteurs (rapports médicaux, par ex.) et, au besoin, est adaptée au développement ou à l'évolution de la situation de l'assuré.

Dans le domaine des mesures médicales, les médecins traitants déterminent en règle générale les interventions ou les thérapies nécessaires. Les offices AI, quant à eux, évaluent définitivement les mesures médicales et prennent la décision à cet égard.

Art. 41a, al. 2, let. c

Dans le cadre de la gestion des cas, les offices AI assurent le suivi et la surveillance des prestations allouées par l'AI. Ces prestations comprennent les mesures visées aux art. 3a^{bis}, 7d, 8, al. 3 (octroi de conseils et d'un suivi, mesures médicales, mesures de réinsertion, mesures d'ordre professionnel et moyens auxiliaires), 8a, 22, 28, 42, 42^{quater} et 68^{bis} LAI. Les offices AI vérifient régulièrement les objectifs des mesures de réadaptation, les adaptent si nécessaire et décident de la suite à donner. Dans ce cadre, ils déterminent si et quand le processus de réadaptation doit être interrompu ou est achevé.

Dans le cas des mesures médicales, la surveillance implique un examen régulier des critères EAE. Les offices AI vérifient par exemple si une thérapie ordonnée est toujours requise dans la même ampleur ou si les objectifs d'une thérapie ont été ou peuvent être atteints.

Art. 41a, al. 2, let. d

La coordination et la collaboration, tant entre les différents secteurs de l'office AI qu'entre l'office AI (par ex. SMR) et les acteurs externes (employeurs, médecins traitants, formateurs, thérapeutes, etc.), durant l'ensemble du processus de réadaptation, respectivement de la procédure AI (état des lieux, planification, suivi et surveillance des prestations allouées), sont essentielles au succès de la gestion des cas.

La coordination interne des offices AI vise à éviter les répétitions et les transferts inutiles. Les examens préalables et les connaissances acquises concernant l'assuré (par ex. durant les mesures médicales) doivent, si cela s'avère judicieux, être activement pris en compte lors des phases ultérieures (par ex. pendant la réadaptation professionnelle) et utilisés comme bases décisionnelles. Si nécessaire, le SMR doit être impliqué de manière judicieuse, par exemple dans le cadre de la planification du processus de réadaptation ou de l'examen des exigences.

La coordination de l'office AI avec les acteurs externes revêt une grande importance pour toutes les phases de la gestion des cas (art. 41a, al. 2, let. a à d) et recouvre l'ensemble de la procédure AI.

Art. 41a, al. 3

La responsabilité de la gestion des cas incombe toujours à l'office AI compétent. L'office AI décide pour chaque cas du type, de la durée et de l'étendue de la gestion. Outre les ressources de l'assuré et son environnement, la nature de l'atteinte dont souffre l'assuré et les besoins de soutien qui en découlent doivent guider la planification, l'octroi et la surveillance des mesures.

Le type de la gestion des cas peut aller d'un échange ponctuel (également par écrit, par exemple lorsqu'il s'agit d'allouer un moyen auxiliaire simple) jusqu'à un suivi personnalisé sur une plus longue durée (par exemple conseils et suivi en faveur de l'assuré et de l'employeur pendant une mesure de réinsertion sur le marché primaire du travail).

La durée de la gestion des cas couvre aussi bien l'intervention unique et ponctuelle (par exemple octroi d'une mesure médicale) que la gestion du cas sur une période plus longue (par exemple en cas d'infirmités congénitales graves et complexes impliquant simultanément plusieurs tiers et nécessitant différentes prestations, ou pendant la recherche d'une formation appropriée), ou encore concerner des conseils et un suivi répétés en faveur de l'assuré, par exemple au début et à la fin d'une FPI.

L'étendue de la gestion des cas peut porter sur un entretien unique ou une collaboration intensive de l'office AI avec l'assuré et les tiers impliqués.

Art. 41a, al. 4

L'assuré ou son représentant légal doit consentir au suivi par l'office AI dans le cadre de la gestion des cas concernant les mesures médicales visées aux art. 12 et 13 LAI. L'assuré ou son représentant légal ne peut toutefois pas se prévaloir d'un droit à une gestion du cas.

Art. 41a, al. 5

La gestion des cas constitue une des tâches principales des offices AI. Elle doit permettre d'instaurer la confiance et de placer l'office AI en position d'interlocuteur compétent. La complexité de l'état de santé et/ou de la situation familiale de l'assuré (par exemple en cas d'infirmité congénitale complexe, maladie rare pour laquelle il y a peu d'expériences de traitement ou coordination d'un nombre supérieur à la moyenne de fournisseurs de prestations [médecins, thérapeutes, soignants à domicile, etc.]) et l'ampleur de la gestion du cas qui en découle peuvent dans certains cas dépasser les aptitudes et les ressources de l'office AI. Dans ces cas particuliers, ce dernier peut faire appel à des tiers compétents pour la gestion des cas concernant les mesures médicales. Les objectifs, la durée ainsi que la répartition des tâches et des rôles doivent ici être clairement définis dans une convention.

L'assuré ou son représentant légal ne peut pas se prévaloir d'un droit à une gestion externe du cas.

Art. 41b

Le législateur a obligé les offices AI à tenir une liste accessible au public afin d'assurer la plus grande transparence possible l'attribution des mandats d'expertise aux experts. La liste doit contenir des indications relatives à tous les experts et centres d'expertises mandatés, au nombre d'expertises confiées et aux incapacités de travail attestées. Le Conseil fédéral peut prévoir dans la liste d'autres informations en plus de celles déjà définies par le législateur et édicter des directives pour la liste.

Art. 41b, al. 1, let. a et b

Les let. a et b précisent que les différents experts ainsi que les centres d'expertises doivent être indiqués dans la liste. Les offices AI recensent les experts ou les centres d'expertises qui remplissent les exigences requises.

Art. 41b, al. 1, let. c

La let. c prévoit que la liste doit contenir, pour chaque expert et centre d'expertise, les informations détaillées suivantes :

- Ch. 1 : nombre d'expertises réalisées dans les catégories correspondantes.
- Ch. 2 : outre la capacité fonctionnelle, les experts évaluent également l'incapacité de travail des assurés dans le cadre d'une expertise. En vue de garantir la plus grande transparence possible concernant les informations publiées, l'incapacité de travail attestée par les experts doit être indiquée en lien avec l'activité habituelle de l'assuré, mais aussi avec une activité adaptée (correspondant à la capacité de travail avérée), en pourcentage d'un poste à plein temps. Ces deux données figurent par paliers de dizaines dans les tableaux (0-10, 11-20, 21-30, etc.).
- Ch. 3 : L'appréciation de la fiabilité des expertises dans le cadre de procédures de recours constitue un critère déterminant pour en juger la qualité. Lors d'une procédure de recours contre une décision de l'office AI, les tribunaux doivent également en examiner les fondements. Les expertises médicales jouent à cet égard un rôle majeur, puisque les tribunaux évaluent aussi si elles sont juridiquement suffisantes et peuvent servir de base à la décision de l'office AI. En conséquence, la liste doit contenir le nombre d'expertises qui ont fait l'objet d'une appréciation par les tribunaux, classées en fonction de la force probante qui leur a été attribuée (pleine, partielle ou nulle).

- Ch. 4 : cette rubrique mentionne le montant global par office AI des rémunérations versées par l'AI aux experts ou aux centres d'expertises en contrepartie de leurs services.

Art. 41b, al. 2

Les données sont recensées sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une année civile et publiées l'année suivante.

Ce type d'enregistrement ne permet pas de relier les informations entre elles, puisque la saisie de chacune de ces données n'intervient pas toujours au cours de la même année civile. Les informations correspondantes donnent des indications de simples fréquences. Concrètement, cela signifie qu'un mandat d'expertise peut être enregistré au cours de l'année X, alors que, dans certaines circonstances, la rémunération de ce mandat n'a lieu et n'est enregistrée que l'année suivante. Il se peut que les données relatives aux jugements des tribunaux soient enregistrées et publiées avec un décalage temporel encore plus important par rapport aux mandats correspondants.

Art. 41b, al. 3

Le législateur a prévu pour chaque office AI l'obligation de tenir une liste au sens de l'art. 57, al. 1, let. n, LAI et de la publier. Comme les centres d'expertises exécutent des mandats de différentes régions linguistiques et que certains experts acceptent des mandats pour plusieurs offices AI au sein d'une région couvrant les territoires de plusieurs cantons, l'OFAS dans l'optique d'une totale transparence, dressera un récapitulatif national sur la base des listes établies par les offices AI.

Art. 49, al. 1^{bis}

L'abattement en raison d'une atteinte à la santé est désormais pris en compte à différents endroits (cf. commentaire des art. 26, al. 5, et 26^{bis}, al. 3).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions dues à l'invalidité et médicalement établies de nature quantitative et qualitative à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA, doivent désormais systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigée, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail⁹¹.

Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander de se renseigner auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents (cf. art. 54a, al. 3, LAI).

Art. 53

Art. 53, al. 1

Les offices AI cantonaux poursuivent des dynamiques de planification différentes pour l'exploitation et les investissements, ce qui nécessite une approche différente dans les deux domaines. La digitalisation des processus clients se traduira à l'avenir par des investissements accrus. Il est opportun de gérer ces fonds à planifier séparément des frais d'exploitation et à l'aide d'instruments de planification professionnels.

Art. 53, al. 2

L'horizon de l'actuelle planification financière, fondée sur un seul budget annuel, est trop court et ne confère pas assez de sécurité financière aux offices AI. Le RAI doit être adapté

⁹¹ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_25/2010 du 21 mai 2010, consid. 4.2.2

de telle sorte que, conformément à la logique de planification de la Confédération et des cantons, un budget relatif à l'exercice suivant ainsi qu'un plan financier pour les trois années suivant l'établissement du budget sur la base d'une période de planification sur un total de quatre ans soient désormais demandés aux offices AI et examinés par l'OFAS.

Le budget, les plans financiers et le compte annuel sont établis sur la base des informations tirées de la comptabilité tenue par la caisse de compensation au sens de l'art. 54, al. 1 et 2, et sont en général soumis à l'OFAS par l'office AI. Dans la pratique, les offices AI et la caisse de compensation collaborent de manières différentes, c'est pourquoi l'obligation de transmettre les documents nécessaires incombe aux deux organes.

L'approbation du budget, des plans financiers et du compte annuel nécessite au minimum la comptabilité financière, le compte des investissements et, le cas échéant, une comptabilité analytique. L'OFAS peut se procurer d'autres documents nécessaires à cette approbation.

Art. 55, al. 1

L'actuelle disposition précise uniquement qu'il appartient à l'OFAS de fixer le montant des frais à rembourser. Ce dernier est désormais explicitement habilité à édicter les directives nécessaires.

Art. 56

Art. 56, al. 1

L'art. 56, al. 1 est complété par la mention que l'OFAS peut également donner le mandat de vente.

L'inscription des biens-fonds au bilan est réglée de telle manière que les immeubles constituent des actifs d'exploitation et ne font pas partie des placements de capitaux administrés par Compenswiss (fonds de compensation AVS/AI/APG).

Art. 56, al. 2

Les modalités concrètes d'utilisation des biens-fonds, la durée et l'indemnisation par l'office AI pour l'utilisation des biens-fonds doivent être réglées dans les contrats d'usufruit. L'indemnisation est réglée de telle manière que, d'une part, la valeur locative usuelle du marché et, d'autre part, un produit correspondant sont inscrits au compte annuel de l'office AI.

Art. 66

Art. 66, al. 1^{bis}

L'actuel al. 1^{bis} prévoit que l'assuré doit autoriser uniquement les personnes et les instances mentionnées dans la demande à fournir aux organes de l'AI les renseignements requis (art. 6a, al. 1, LAI). La modification vise à élargir le cercle de ces personnes aux employeurs, aux fournisseurs de prestations au sens des art. 36 à 40 LAMal, aux assurances et aux instances officielles qui ne sont pas mentionnées expressément dans la demande (art. 6a, al. 2, LAI).

Art. 66, al. 2

L'actuel al. 2 ne renvoie qu'à l'art. 6a, al. 1, LAI. Or, l'autorisation de fournir les renseignements doit également être donnée aux personnes et instances mentionnées à l'art. 6a, al. 2, LAI.

Art. 69, al. 2

(Concerne uniquement la version française)

Le terme « examen » est remplacé par « instruction ». En effet, le terme « enquête » est de moins en moins utilisé dans la pratique de l'AI. À titre d'exemple, l'« instruction médicale » et l'« instruction complémentaire » ont pris la place de l'« enquête médicale » et de l'« enquête complémentaire ». La terminologie doit également être mise à jour dans le contexte de

l'art. 69. Par ailleurs, la version allemande de l'art. 69, al. 2, 2^e phrase, utilise le terme « Abklärung » déjà depuis son entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1987⁹².

Art. 70

L'art. 70 est abrogé à la suite de l'introduction de l'art. 41a, al. 2, let. a, P-RAI (gestion des cas ; cf. commentaire de l'art. 41a).

Art. 72^{bis}, al. 1

Désormais, les exigences professionnelles applicables aux experts sont fixées au niveau du règlement par le Conseil fédéral (art. 7/ P-OPGA). Les assurés peuvent ainsi avoir des informations compréhensibles, transparentes et vérifiables sur les experts professionnellement admis. Les entretiens entre l'expert et l'assuré sont documentés par des enregistrements sonores. Les assureurs sont tenus de garantir le respect des exigences professionnelles concernant les experts, et les offices AI en particulier doivent publier une liste détaillant leur pratique en matière de mandats d'expertises (y c. les résultats de l'expertise effectuée par l'expert). Les assurés disposeront ainsi à l'avenir de toutes les informations déterminantes sur les experts mandatés par l'office AI.

Ces mesures permettent d'améliorer notablement les informations et la transparence au sujet des mandats d'expertise par rapport à la situation actuelle. C'est pourquoi tous les assureurs peuvent continuer d'attribuer directement des expertises monodisciplinaires.

Selon la complexité des questions médicales en suspens, l'AI a besoin d'une expertise impliquant deux disciplines médicales. D'une part, ces expertises bidisciplinaires imposent aux experts des exigences plus élevées que les expertises monodisciplinaires, étant donné que les deux expertises partielles doivent être fusionnées en vue de former une évaluation globale consensuelle des conséquences de l'atteinte à la santé. D'autre part, elles ne nécessitent cependant pas encore de gestion des cas proprement dite, contrairement aux expertises pluridisciplinaires impliquant trois disciplines ou plus. En raison notamment des exigences professionnelles applicables aux experts pour l'élaboration d'une solution consensuelle, les expertises bidisciplinaires sont de plus en plus fréquemment effectuées par les centres d'expertises. De par leur organisation, les centres d'expertises admis par l'AI disposent en effet d'un réseau de médecins comptant de nombreux médecins spécialistes, qui ont l'habitude de travailler avec le principe du consensus dans le cadre d'expertises pluridisciplinaires. Cette infrastructure des centres d'expertises, leur expérience dans l'organisation d'expertises complexes ainsi que leurs connaissances spécialisées et l'expérience professionnelle de leurs experts conduisent à ce qu'ils prennent en charge de plus en plus d'expertises bidisciplinaires.

Compte tenu des exigences tant professionnelles que structurelles concernant la réalisation d'expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires et la procédure d'attribution aussi neutre que possible, il n'est pas judicieux d'attribuer des mandats aux mêmes centres d'expertises selon deux méthodes d'attribution différentes. Conformément aux nouvelles dispositions légales et afin de garantir la qualité, les expertises bidisciplinaires doivent par conséquent être réalisées uniquement par des centres d'expertises et, comme en matière d'expertises pluridisciplinaires, l'attribution du mandat doit se faire selon le principe du hasard déjà éprouvé. Cela garantit que l'octroi de mandats d'expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires aux près de 30 centres d'expertises accrédités soit effectué de manière uniforme selon le principe du hasard et que les offices AI n'aient pas d'influence sur le choix du centre. Les nouvelles exigences en matière de qualité des structures et des processus des centres d'expertises permettent en outre de renforcer les normes de qualité et leur garantie.

L'attribution des mandats d'expertise selon le principe du hasard apaise généralement – conjointement aux autres prescriptions au sens de l'ATF 137 V 210 – les craintes de dépendance et de partialité découlant des conditions-cadres de l'expertise⁹³. C'est pourquoi les

⁹² RO 1987 456

⁹³ Cf. ATF 137 V 210, consid. 2.4, p. 237

mandats d'expertises pluridisciplinaires sont attribués selon ce principe depuis 2012 aux quelque 30 centres d'expertises habilités pour l'AI.

Afin que les mandats d'expertises bidisciplinaires ne puissent être attribués qu'aux centres d'expertises et afin que les règles de procédure valables pour les expertises pluridisciplinaires soient également applicables, l'al. 1 est adapté. La plateforme de répartition Suisse-MED@P doit être complétée en conséquence.

Art. 72^{ter}

La tarification des mesures d'instruction étant également soumise à l'art. 27 LAI, une concrétisation au niveau du règlement apparaît nécessaire, afin notamment d'assurer une mise en œuvre coordonnée de la collaboration et des tarifs pour l'ensemble des mesures prévues par l'assurance. Par conséquent, l'art. 24^{sexies} s'applique dans tous les cas où l'OFAS n'a pas conclu de convention tarifaire nationale.

Art. 73^{bis}, al. 2, let. e, g et h

Art. 73^{bis}, al. 2, let. e

Le terme « assureur-maladie » fait l'objet d'une adaptation formelle à l'art. 73^{bis}, al. 2, let. e. On entend par là l'assureur-maladie au sens de l'ancien art. 11 LAMal, dont le contenu a été transféré aux art. 2 et 3 de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie, LSAMal)⁹⁴ à la suite de l'introduction de cette dernière. L'abréviation « assureur-maladie selon la LSAMal » utilisée dans le RAI est introduite dans cet article. Cette modification concerne également les art. 88^{ter} et 88^{quater}, al. 1, RAI.

Art. 73^{bis}, al. 2, let. g et h

Pour la réussite des mesures de réadaptation, il est nécessaire que toutes les personnes et instances impliquées participent à la procédure. Afin d'améliorer la coopération à ce niveau, la communication doit être claire et ces personnes et instances doivent avoir accès aux informations essentielles. Pour ce faire, une copie du préavis doit être notifiée au médecin traitant (art. 73^{bis}, al. 2, let. g ; cf. art. 66a, al. 1, let. d, LAI) et aux agents d'exécution (art. 73^{bis}, al. 2, let. h ; cf. art. 76, al. 1, let. f, RAI), notamment aux thérapeutes et aux fournisseurs de moyens auxiliaires.

Dans le domaine de la réadaptation, exception faite des indemnités journalières, le préavis est notifié uniquement en cas de refus de prestations ou lorsqu'il n'est pas donné entièrement droit aux prestations demandées. Le médecin traitant et les agents d'exécution ont ainsi la possibilité d'avoir connaissance immédiate du projet de décision de l'office AI et ils peuvent proposer, sans perdre un temps précieux, d'autres solutions et prendre contact avec l'assuré pour le conseiller. Toutefois, ces personnes ne sont pas légitimées à formuler des observations à la place de l'assuré.

Pour rappel, lorsque les conditions en permettant l'octroi sont manifestement remplies et qu'elles correspondent à la demande de l'assuré, les mesures peuvent être accordées sans notification d'un préavis ou d'une décision (art. 74^{ter} RAI).

Art. 76, al. 1, let. f

La let. f doit être abrogée. En effet, suite à l'ajout, à l'art. 73^{bis}, al. 2, let. h, des agents d'exécution à la liste des personnes et instances auxquelles le préavis doit être notifié, ceux-ci sont dorénavant compris dans l'art. 76, al. 1, let. a.

⁹⁴ RS 832.12

Art. 78, al. 3

Cet alinéa peut être supprimé. Le Tribunal fédéral a constaté que l'art. 78, al. 3, n'avait par inadvertance pas été adapté à l'art. 45, al. 1, LPGA.⁹⁵ L'al. 3 doit donc être abrogé, car aucune disposition dérogatoire à l'art. 45, al. 1, LPGA n'est possible dans ce domaine.

Art. 79, al. 5

Cet alinéa est modifié uniquement d'un point de vue formel de manière à faire expressément référence au nouvel art. 27^{ter} LAI.

Art. 79^{ter}

Cet art. est une reprise de l'art. 59 OAMal, adapté à l'AI.

Art. 79^{ter}, al. 1

Cet alinéa s'inspire de l'art. 59, al. 1, OAMal.

Pour assurer le contrôle des factures et l'économicité des prestations, les offices AI doivent recevoir automatiquement toutes ces informations. Les fournisseurs de soins doivent, quant à eux, établir une facture détaillée et compréhensible, contenant toutes les informations utiles et nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération et au contrôle du caractère économique de la prestation par l'AI. Il en est de même avec tous les documents contenus dans l'ensemble des données contenant des informations administratives et médicales pour les factures SwissDRG.

En outre, les fournisseurs de prestations font figurer dans la facture les diagnostics et les procédures sous forme codée.

Art. 79^{ter}, al. 2

Cet alinéa est une reprise de l'art. 59, al. 2, OAMal. Les prestataires de services doivent établir des factures distinctes pour les prestations prises en charge par l'assurance et les autres prestations. Par exemple, les traitements entrepris de manière stationnaire sont pris en charge à hauteur de 80 % par l'AI et de 20 % par le canton de résidence de l'assuré. Le canton de résidence verse sa part directement à l'hôpital (cf. art. 14^{bis} LAI). L'hôpital atteste la part du canton et celle de l'AI de manière séparée, comme c'est le cas dans l'AOS (cf. art. 42, al. 3, LAMal).

Art. 79^{ter}, al. 3

Cet alinéa est une reprise de l'art. 59, al. 3, OAMal adapté à l'AI. C'est le laboratoire qui a procédé aux analyses qui est le créancier de la prestation.

Art. 79^{ter}, al. 4

Cet alinéa s'inspire matériellement de l'art. 59, al. 4, OAMal. Afin de renforcer le contrôle des prestations effectuées, une copie de la facture doit être adressée à l'assuré qui pourra s'assurer que seules les prestations effectivement dispensées sont facturées. L'assuré peut alors signaler tout manquement à l'office AI compétent.

Art. 79^{quater}

Art. 79^{quater}, al. 1

Cet alinéa correspond en substance à l'art. 59a, al. 1, OAMal.

Par le renvoi de la deuxième phrase à l'art. 59a, al. 1, OAMal, l'ordonnance du DFI du 20 novembre 2012 sur les fichiers de données pour la transmission des données entre fournisseurs de prestations et assureurs⁹⁶ est applicable par analogie. Celle-ci règle, dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG, la question de la transmission en même temps

⁹⁵ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_764/2014 du 21 juillet 2015

⁹⁶ RS 832.102.14

que la facture des fichiers de données comprenant les indications administratives et médicales nécessaires afin d'en permettre le contrôle. Il est impératif que ces fichiers de données soient définis de manière uniforme à l'échelle suisse. Ils ne contiennent que les variables qui sont nécessaires pour déterminer les groupes de cas et pour contrôler les factures.

Art. 79^{quater}, al. 2

Cet alinéa est une reprise de l'art. 59a, al. 2, OAMal. L'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux⁹⁷ règle l'exécution de relevés statistiques et le traitement des données relevées à des fins de production statistique. Elle arrête la liste des organes responsables de ces relevés en précisant les conditions de leur réalisation. Elle s'applique aux relevés exhaustifs, partiels ou par sondage de la Confédération, qu'ils soient réalisés ou non à l'aide de questionnaires, ainsi qu'à l'exploitation de données administratives.

Art. 79^{quater}, al. 3

Cet alinéa est une reprise de l'art. 59a, al. 3, 1^{re} phrase, OAMal, adapté à l'AI. Les fournisseurs de prestations doivent inscrire sur leurs factures toutes les indications administratives et médicales nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique des prestations (ordonnance du DFI du 20 novembre 2012 sur les fichiers de données pour la transmission des données entre fournisseurs de prestations et assureurs).

Art. 79^{quater}, al. 4

L'office AI doit estimer jusqu'à quel point une vérification de la facture doit être entreprise. Les offices AI peuvent dans certains cas faire appel aux fournisseurs de prestations afin qu'ils effectuent un contrôle plus approfondi et qu'ils établissent une liste de critères pour procéder à un triage automatique. Les offices AI restent néanmoins libres d'ajouter leurs propres critères en fonction de leur expérience.

Art. 79^{quinquies}

L'AI reprend les mêmes critères et modalités de collecte de données, de traitement et de transmission des diagnostics et des procédures que ceux prévus dans l'assurance-maladie.

Art. 79^{sexies}

Art. 79^{sexies}, al. 1

Cet alinéa présente la même structure que l'art. 79^{ter} P-RAI.

Font notamment partie des indications administratives de facturation les informations permettant d'identifier les prestataires ou les assurés, et celles relatives au type et à la durée des mesures (y c. début et fin). Elles doivent également comprendre la position tarifaire, le tarif de la mesure, le nombre d'unités de prix et le montant de la facture.

Art. 79^{sexies}, al. 2

L'obligation d'adresser un double de la facture à l'assuré s'applique également dans le cadre des mesures d'ordre professionnel et des mesures d'intégration (cf. art. 79^{ter}, al. 4, P-RAI).

Art. 88^{ter}

Le terme « assureur-maladie », abrégé pour la première fois à l'art. 73^{bis}, al. 2, let. e, fait l'objet d'une adaptation formelle à l'art. 88^{ter} P-RAI. Cette modification concerne également l'art. 88^{quater}, al. 1, RAI. Le présent article fait également l'objet d'une adaptation minime d'ordre rédactionnel.

Jusqu'à présent, si l'assuré d'un assureur-maladie au sens de la LSAMal requérait de l'assurance des mesures médicales de l'AI, l'office AI était chargé d'aviser l'assureur-maladie intéressé ou un bureau de liaison. Le bureau de liaison en question n'existe plus, de sorte que

⁹⁷ RS 431.012.1

sa mention est biffée. Cela ne change en rien la pratique selon laquelle l'assureur-maladie au sens de la LSAMal doit être avisé si son assuré demande des mesures médicales de l'AI.

Art. 88^{quater}

Le terme « assureur-maladie », abrégé pour la première fois à l'art. 73^{bis}, al. 2, let. e, fait l'objet d'une adaptation formelle à l'art. 88^{quater}. Cette modification concerne également l'art. 88^{ter} RAI.

Chapitre VIa. Les rapports avec l'assurance-accidents dans le cas des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA

Un chapitre consacré à la nouvelle AA AI est créé dans le règlement.

Art. 88^{sexies}

Sont assurées les personnes bénéficiaires de mesures de l'AI, qui justifient qu'elles se trouvent dans une situation similaire à celle qui résulterait d'un contrat de travail au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le critère de la situation similaire à celle qui résulterait d'un contrat de travail peut être rempli pour des mesures accomplies sur le marché du travail tant primaire que secondaire. À la mise en place de l'assurance-accidents des personnes bénéficiant de mesures de l'AI, le législateur s'est appuyé sur les dispositions en vigueur de la LAA. La clause de subsidiarité souligne cela et permet une réalisation de la procédure rapide et respectant l'égalité de droit.

Art. 88^{septies}

Art. 88^{septies}, al. 1

Le processus de facturation de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) prévoit l'annonce d'une masse salariale provisoire et d'une masse salariale effective. La Centrale de compensation est chargée de la communication à la CNA.

La masse salariale provisoire est estimée pour chaque office AI à l'aide de la base de données de l'AI. Dès qu'elle est connue, la masse salariale effective est transmise à la CNA.

La masse salariale provisoire et la masse salariale effective sont déterminées selon les dispositions de l'art. 115a, al. 1 et 2, P-OLAA.

Art. 88^{septies}, al. 2

Il est essentiel, pour le processus de facturation de la CNA, que la masse salariale puisse être comptabilisée individuellement pour chaque office AI.

Art. 88^{octies}

L'acompte (basé sur la masse salariale provisoire) et la facture de la prime définitive (calculée sur la base de la masse salariale effective) sont remboursés par la Centrale de compensation après approbation par l'OFAS.

Art. 89^{ter}, al. 1

Avec le DC AI, l'art. 27^{bis} LAI se trouve désormais à l'art. 27^{quinquies} LAI. Le renvoi figurant à l'art. 89^{ter}, al. 1, RAI doit donc être adapté.

Art. 90

Art. 90, al. 2

L'actuelle règle concernant le déplacement dans le rayon local conduit à des inégalités de traitement : l'AI ne rembourse pas les frais de voyage aux assurés qui effectuent plusieurs trajets courts mais n'atteignent pas la limite de 10 francs par mois. D'autres se déplacent en revanche pour moins de 10 francs en dehors du rayon local et se voient ainsi rembourser les frais de voyage. Cette différence de traitement est difficile à justifier. Le contrôle de la limite

mensuelle de 10 francs pour les déplacements dans le rayon local nécessite par ailleurs des moyens en personnel disproportionnés au sein des offices AI. La suppression de la règle concernant le déplacement dans le rayon local devrait permettre de réduire les tâches de contrôle des offices AI.

Art. 90, al. 2^{bis}

Les frais de voyage ne sont pas remboursés dans le cadre de l'exécution d'une location de services ou du versement d'une allocation d'initiation au travail ou d'une aide en capital, ceci afin de garantir l'égalité de traitement entre les personnes, avec et sans invalidité, qui travaillent sur le marché primaire de l'emploi.

Art. 91, al. 1

Il s'agit d'une adaptation purement formelle. La loi sur l'assurance-accidents apparaît déjà sous forme abrégée à l'art. 20^{quater}, al. 7, P-RAI, de sorte que l'abréviation LAA peut être directement utilisée à l'art. 91.

Art. 96^{bis}

Ce nouvel article définit les normes formelles minimales relatives aux conventions conclues entre les offices AI et les autorités cantonales ainsi que les compétences des offices AI et de l'OFAS. Il s'applique à l'art. 68^{bis}, al. 1^{bis}, LAI (services de coordination) et à l'art. 68^{bis}, 1^{er}, LAI (offres transitoires).

Art. 96^{bis}, al. 1

Cet alinéa définit les partenaires contractuels et leurs tâches ainsi que les normes minimales (prestations, groupe cible, compétences, prescriptions en matière de reporting) relatives aux conventions. Ces normes ont pour but de garantir l'égalité de droit. Afin de tenir compte des particularités cantonales, l'établissement ainsi que le contrôle concernant le respect des conventions sont du ressort des offices AI. Ces derniers déterminent non seulement le contenu des conventions, mais sont aussi responsables de leur respect et de leur contrôle conformément aux prescriptions de l'OFAS.

Art. 96^{bis}, al. 2

Le Conseil fédéral délègue à l'OFAS la compétence de préciser les exigences minimales. En vue de garantir une comparabilité intercantonale pour l'évaluation, l'OFAS définit dans les directives les normes minimales en matière de reporting et de gestion des dossiers, pour assumer son obligation d'évaluation et de surveillance, ainsi que les détails relatifs aux prestations et à leurs groupes cibles, qui doivent être définis dans les conventions entre office AI et instance cantonale.

Art. 96^{ter}

Ce nouvel article précise les conditions-cadres concernant les contributions financières au service cantonal de coordination et ses prestations.

Art. 96^{ter}, al. 1

Les prestations souhaitées ou requises des instances cantonales sont centrées sur la détection précoce et sur une collaboration étroite avec les offices AI. D'autres prestations du service cantonal de coordination sont toutefois possibles. La contribution au service cantonal de coordination est liée aux prestations fournies. Lorsqu'il s'occupe à la fois de la détection précoce et du suivi des jeunes atteints dans leur santé, la charge qui en découle est plus importante que s'il assumait une seule de ces prestations. Cela se répercute sur le montant de la contribution.

Art. 96^{ter}, al. 2

Les personnes âgées de 13 à 25 ans dans la population résidente cantonale permanente, et donc l'office AI concerné, sont classés dans l'une des cinq catégories, à laquelle une contribution financière fixe est attribuée. Cette contribution permet de financer 0,25, 0,5, 0,75 ou 1 équivalent plein temps (EPT) et jusqu'à 2 EPT pour le canton le plus peuplé (cf. tableau au chap. 2.1). Grâce à cette clé de répartition, les contributions minimales qui ne sont pas utilisables sont évitées. L'OFAS précise la clé de répartition et la met à jour tous les trois ans.

Art. 96^{ter}, al. 3

La contribution financière aux services cantonaux de coordination au sens de l'art. 68^{bis}, al. 1^{bis}, LAI doit être orientée sur le long terme et organisée en fonction des besoins. Sur la base du nouvel art. 68^{bis}, al. 1^{quater}, LAI, le montant le plus élevé est plafonné à deux EPT et déterminé en fonction de la part des 13 à 25 ans dans la population résidente cantonale permanente. On part du principe qu'un canton recensant plus de jeunes compte un nombre plus important de jeunes présentant de multiples difficultés et atteintes à la santé. La let. b relie la let. a avec les prescriptions de l'art. 68^{bis}, al. 1^{quater}, LAI. Sur la base des prestations prévues et dans le cadre de la procédure ordinaire d'établissement du budget, les offices AI peuvent demander auprès de l'OFAS une contribution dans leur catégorie d'attribution (cf. commentaire de l'al. 2).

Art. 96^{quater}

Ce nouvel article contient les valeurs de référence minimales relatives aux mesures de préparation cantonales cofinancées par l'AI, en tenant compte des dispositions de la LFPr et de l'organisation des autres mesures préparatoires en faveur des jeunes au sens de la LAI (cf. illustration au chap. 2.1).

Art. 96^{quater}, al. 1

Le renvoi de cet alinéa à l'art. 12 LFPr permet de tenir compte du fait que les prescriptions de la LFPr s'appliquent aux offres cantonales de préparation. En vertu du nouvel art. 68^{bis}, al. 1^{ter}, LAI, les mesures préparatoires cantonales doivent cependant comporter une prestation supplémentaire orientée vers l'assuré qui ne peut pas faire partie des offres transitoires régulières pour pouvoir donner droit à un cofinancement de l'AI.

Art. 96^{quater}, al. 2

L'AI finance à hauteur d'un tiers au plus les coûts d'une place dans une mesure de préparation cantonale au sens de l'art. 68^{bis}, al. 1^{ter}, LAI. Le cofinancement doit en conséquence être orienté vers la personne et l'offre dans le cadre de ce soutien financier de l'AI doit être adaptée aux besoins et à la situation de l'assuré. En raison du financement à la personne, il est renoncé, à la différence des services cantonaux de coordination au sens de l'art. 68^{bis}, al. 1^{bis}, LAI, à fixer un plafond et à préciser les prestations supplémentaires possibles pour le cofinancement des offres transitoires.

Art. 96^{quater}, al. 3

Comme l'AI ne fait que cofinancer les offres cantonales, les conditions-cadres de la formation professionnelle au sens de la LFPr s'appliquent en ce qui concerne l'organisation scolaire, la durée de l'offre et l'âge du groupe cible. L'objectif est ici de combler les lacunes scolaires ; une mesure ne peut être suivie qu'après la fin de la scolarité obligatoire et est limitée à un an.

Art. 98^{bis}

La norme de responsabilité adaptée englobe désormais également des mesures de l'AI qui sont accomplies entièrement ou partiellement sur le marché secondaire du travail.

On peut déduire de la volonté du législateur que la nouvelle règle en matière de responsabilité s'applique uniquement aux mesures effectuées sur le marché primaire du travail et sans contrat de travail ou d'apprentissage. Dans les autres cas, les questions de responsabilité

doivent être réglées par le droit du travail en vertu du Code des obligations ou par l'assurance responsabilité civile de l'entreprise.

Lorsqu'une mesure est effectuée sur le marché secondaire du travail (au sens d'un établissement ou d'un atelier au sens de l'art. 27, al. 1, LAI), l'art. 68^{quinquies} LAI n'est pas applicable, que la mesure soit suivie exclusivement sur le marché secondaire du travail ou également en partie dans une entreprise du marché primaire du travail.

Dans ces deux derniers cas, les coûts de la responsabilité pour les dommages causés à un tiers sont couverts par la responsabilité civile de l'entreprise. Ce risque est indemnisé par l'AI à travers le tarif de la mesure. L'exclusion de l'art. 68^{quinquies} LAI des établissements et ateliers permet d'éviter que l'AI ait à rembourser à double les coûts de la responsabilité.

Art. 98^{ter}

Art. 98^{ter}, al. 1

La compétence de conclure des conventions de collaboration est déléguée au DFI (art. 68^{sexies}, al. 1, 2^e phrase, LAI). Cette compétence ne peut pas être déléguée à l'OFAS. Ce dernier peut toutefois se voir confier des tâches administratives et opérationnelles, comme l'accompagnement d'analyses de résultats, la communication, l'administration des aides financières ainsi que la surveillance de leur utilisation conforme au but.

Art. 98^{ter}, al. 2

Des conventions de collaboration ne peuvent pas être conclues avec des organisations actives uniquement à l'échelle d'un canton ou qui ne couvrent pas l'ensemble d'une région linguistique.

Art. 98^{ter}, al. 3

Les demandes doivent être adressées à l'OFAS. Celui-ci met un formulaire à la disposition des organisations et détermine les informations qui doivent figurer dans la demande.

Art. 98^{ter}, al. 4

La Commission AVS/AI est consultée avant la conclusion des conventions de collaboration, comme c'est le cas dans le cadre des projets pilotes (art. 68^{quater}, al. 1, LAI), des études scientifiques (art. 96, al. 1, RAI) et des programmes d'information sur les prestations de l'AI (art. 97, al. 1, RAI).

Art. 98^{quater}

Art. 98^{quater}, al. 1

L'al. 5 détermine les critères minimaux devant être réglementés dans chaque convention de collaboration. D'autres dispositions seront nécessaires en fonction du contenu des conventions de collaboration.

Art. 98^{quater}, al. 2

Les critères fixés à cet alinéa permettent de distinguer les conventions de collaboration au sens de l'art. 68^{sexies} LAI des projets pilotes au sens de l'art. 68^{quater} LAI.

Art. 98^{quater}, al. 3

Les conventions de collaboration peuvent prévoir une participation financière de l'AI. Le cas échéant, le chap. 3 de la LSu est applicable (cf. art. 2, al. 2, LSu).

La participation financière de l'AI doit être coordonnée avec les autres aides financières prévues par la LAI ou d'autres lois fédérales, notamment la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'égalité pour les handicapés (LHand)⁹⁸, la LACI, la LFPr et la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers et l'intégration (LEI)⁹⁹.

⁹⁸ RS 151.3

⁹⁹ RS 142.20

La participation financière provient du fonds AI et est versée par la Centrale de compensation (CdC) directement à l'organisation concernée. Celle-ci peut exécuter elle-même les mesures prévues dans la convention ou faire appel à des tiers dans le cadre de contrats de sous-traitance. Ces tiers peuvent être des membres de l'organisation elle-même, d'autres organisations d'utilité publique ou, si nécessaire, pour des raisons économiques ou techniques, des fournisseurs de prestations privés.

Chapitre VIII Les aides financières pour l'encouragement de l'aide aux invalides

Le terme « subventions » est remplacé par « aides financières » dans le titre du chapitre, de la même manière que dans les articles suivants.

Art. 108

Titre

Dans cet article et les suivants, le terme « subventions » est remplacé par « aides financières ». En vertu de la LSu, « subventions » inclut en effet les aides financières et les indemnités ; or, les subventions visées à l'art. 74 LAI ne sont versées que sous la forme d'aides financières.

Art. 108, al. 1

Le terme « subventions » est remplacé par « aides financières » (cf. commentaire relatif au titre de l'art. 108). En outre, « offres » est remplacé par « prestations » à des fins d'uniformisation de la terminologie concernant la disposition applicable aux aides financières pour l'encouragement de l'aide aux invalides. Le contenu de cet alinéa n'est pas modifié.

Art. 108, al. 1^{ter}

Compte tenu de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)¹⁰⁰, la promotion de l'inclusion est désormais également une condition du droit aux aides financières. Cela permet, d'une part, d'axer davantage les aides financières sur l'inclusion des personnes handicapées et, d'autre part, de responsabiliser les institutions subventionnées et d'orienter plus largement leurs prestations ainsi qu'elles-mêmes en tant qu'entreprises vers les objectifs de la CDPH. Un alinéa spécifique à cette condition est créé afin d'en souligner l'importance. Les aides financières reposent ainsi sur les axes clés suivants :

- soutenir les prestations existantes et éprouvées ;
- accroître les améliorations et optimisations en mettant l'accent sur :
 - les capacités des personnes concernées à mieux connaître leurs droits et obligations ainsi qu'à en exiger l'application (aide à l'entraide, « empowerment »),
 - l'élimination des barrières,
 - le développement et le financement de prestations inclusives.

Art. 108, al. 2

Il s'agit d'une adaptation purement formelle. On parle désormais de « loi fédérale sur les subventions ». En outre, le terme « subventions » est remplacé par « aides financières » (cf. commentaire relatif au titre de l'art. 108).

Art. 108^{bis}

Art. 108^{bis}, al. 1

Le terme « subventions » est remplacé par « aides financières » (cf. commentaire relatif au titre de l'art. 108). Les termes « adéquates » et « économiques » sont supprimés et déplacés à l'al. 1^{bis}.

¹⁰⁰ RS 0.109

Art. 108^{bis}, al. 1^{bis}

Les exigences de l'al. 1 (« adéquates » et « économiques ») ont été reprises. Les attributs « modernes » et « ciblées » ont été ajoutés. Les prestations sont adaptées aux besoins actuels et axées sur le groupe cible soutenu par l'AI en vertu de l'art. 108 RAI. Ces exigences vont dans la direction visée par l'ordre de priorité. Par ailleurs, l'accent est davantage placé sur l'orientation de la fourniture des prestations.

Art. 108^{ter}

Art. 108^{ter}, al. 1

La condition mentionnée à l'al. 1 se réfère aux aides financières en général (prestations et projets existants).

L'ajout de la mention de l'art. 108 RAI est nécessaire, parce que la couverture des besoins, la fourniture et les fournisseurs des prestations sont étroitement liés.

Le terme « subventions » est remplacé par « aides financières » (cf. commentaire relatif au titre de l'art. 108).

Art. 108^{ter}, al. 2 à 4

En raison de problèmes survenus dans la pratique, le contenu de l'ancien al. 2 a dû être réglé de manière plus détaillée aux nouveaux al. 2 à 4. Afin de pouvoir remplir les conditions spécifiées à l'art. 14, al. 1, LSu, selon lesquelles seules les dépenses effectives sont prises en compte, il est impératif pour l'OFAS de recevoir les comptes annuels de l'organisation faîtière présentés de manière fidèle et transparente, conformément au principe de la « true and fair view ». Le terme « facturation » comprend les prescriptions relatives à la comptabilité financière et les règles approfondies concernant la facturation en matière de comptabilité d'exploitation. La facturation des organisations faîtières doit par conséquent refléter la réalité (« true and fair »). Les informations issues de la comptabilité financière, en particulier du calcul des coûts et des prestations, constituent une base essentielle pour des détails supplémentaires. Cette présentation revêt une importance centrale dans le cadre du contrôle des données de reporting. L'OFAS règle les détails dans les circulaires, en tenant compte des différentes tailles d'entreprises existantes.

Dans le cadre de l'assurance qualité, les organisations sont tenues d'examiner régulièrement leurs prestations ainsi que la répartition et la pondération de celles-ci dans les contrats en question, puis de procéder à des adaptations si nécessaire (processus d'amélioration continue). Les prestations doivent répondre à des besoins réels et être centrées sur le groupe cible des « personnes bénéficiant d'une mesure de l'AI ».

Art. 108^{quater}

Cet article est reformulé. Le plafond des aides financières correspond au « plafond des subventions visées à l'art. 74 [LAI] » au sens de l'art. 75 LAI. Le montant de départ du plafond des aides financières est fixé à un total de 544 millions de francs (sur la base du niveau de l'indice des prix à la consommation en décembre 2019) et correspond au volume des prestations visées à l'art. 74 LAI pour la période contractuelle 2020-2023, mais sans compter le montant de 20 millions de francs concernant les prestations au sens de l'art. 101^{bis} LAVS. Les aides financières continuent d'être fixées pour la durée d'une période contractuelle, qui correspond en principe à quatre ans. Les aides financières sont versées par tranches annuelles de 136 millions de francs en moyenne. Comme jusqu'à présent, le montant versé peut varier selon les années pendant la période contractuelle, car les organisations peuvent compenser les années suivantes les prestations non fournies l'année précédente. Des acomptes sont à verser durant la période contractuelle (cf. art. 110, al. 4, P-RAI).

Le plafond des aides financières est explicitement fixé sous forme de montant au niveau du RAI, parce que les prestations de l'aide privée aux personnes handicapées ainsi subventionnées sont fournies subsidiairement aux prestations des cantons (cf. art. 112c Cst.) et constitue de ce fait un élément politique. Comme l'OFAS verse des aides financières uniquement

aux organisations faïtières actives à l'échelle nationale ou dans une région linguistique en vertu des dispositions légales actuelles, il n'est pas en mesure d'influer directement sur la répartition entre les cantons. On attend en conséquence des organisations faïtières qu'elles procèdent à une répartition des prestations couvrant suffisamment l'ensemble du territoire, d'où la nécessité d'une coordination avec les cantons. Cette configuration est l'une des raisons pour lesquelles il est judicieux de fixer explicitement le plafond des aides financières. Les futures modifications de ce plafond, hors adaptation au renchérissement, seront décidées par le Conseil fédéral.

Le plafond des aides financières de 544 millions de francs entrera en vigueur pour la période contractuelle 2024-2027. Pour chaque période contractuelle suivante, il sera, le cas échéant, procédé à une adaptation au renchérissement (par analogie avec l'actuel art. 108^{quater}, al. 1, RAI) sur la base du mois de décembre précédant l'année écoulée (exemple : pour la période contractuelle 2024-2027, on se base sur le mois de décembre 2022). L'adaptation au renchérissement est du ressort de l'OFAS.

Art. 108^{quinquies}

Art. 108^{quinquies}, al. 1

97 % du plafond des subventions (de 544 millions de francs) est dédié aux prestations existantes ainsi qu'aux prestations fournies dans le cadre de projets de la période contractuelle précédente qui sont ajoutées aux prestations existantes.

Art. 108^{quinquies}, al. 2

Les requêtes en vue de la poursuite de prestations existantes sont déposées auprès de l'OFAS (lors de la dernière année d'une période contractuelle en cours). Si les requêtes dépassent le plafond de 97 %, les aides financières demandées pour les prestations existantes visées à l'art. 108^{sexies}, al. 1, let. a, P-RAI sont réduites proportionnellement à concurrence de ce plafond.

Les exemples de calcul ci-après montrent de quelle manière le dépassement du plafond des aides financières se répercuterait sur le montant contractuel de chaque organisation faïtière. Les calculs se basent sur un volume global maximal de 527,68 millions de francs (97 % de 544 millions) en vertu de l'art. 108^{quinquies}, al. 1, P-RAI. Pour les exemples, on suppose que ce volume global est dépassé de 6 millions de francs en raison du transfert de projets de la période précédente.

Dans ce cas, la réduction linéaire serait de 1,137 % (6 millions sur 527,68 millions) ; elle serait utilisée comme suit (afin de faciliter la lecture, les chiffres sont arrondis au millier) :

Exemple 1 : organisations faïtières sans projets transférés

Montant contractuel sur la période précédente	15 920 000 fr.
<u>Total des prestations substituées</u>	<u>0 fr.</u>
Sous-total (base pour la réduction)	15 920 000 fr.
<u>Réduction linéaire de 1,137 %</u>	<u>181 000 fr.</u>
Sous-total	15 739 000 fr.
<u>Nouvelles prestations découlant de projets transférés</u>	<u>0 fr.</u>
Montant contractuel sur la nouvelle période	15 739 000 fr.

Exemple 2 : organisations faïtières avec projets transférés remplaçant d'autres prestations (substitution)

Montant contractuel sur la période précédente	15 920 000 fr.
<u>Total des prestations substituées</u>	<u>1 400 000 fr.</u>
Sous-total (base pour la réduction)	14 520 000 fr.
<u>Réduction linéaire de 1,137 %</u>	<u>165 000 fr.</u>
Sous-total	15 755 000 fr.

Nouvelles prestations découlant de projets transférés	0 fr.
Montant contractuel sur la nouvelle période	15 755 000 fr.
<i>Exemple 3 : organisations faitières avec projets transférés sans substitution de prestations propres</i>	
Montant contractuel sur la période précédente	15 920 000 fr.
Total des prestations substituées	0 fr.
Sous-total (base pour la réduction)	15 920 000 fr.
Réduction linéaire de 1,137 %	181 000 fr.
Sous-total	15 739 000 fr.
Nouvelles prestations découlant de projets transférés	920 000 fr.
Montant contractuel sur la nouvelle période	16 659 000 fr.

Art. 108^{quinquies}, al. 3

Si le plafond des aides financières défini de 97 % n'est pas entièrement utilisé, le solde reste dans le Fonds de compensation de l'AI. Aucun report sur la nouvelle période contractuelle n'est effectué.

Art. 108^{quinquies}, al. 4

La part restante de 3 % du plafond des aides financières est dédiée aux projets visés à l'art. 108^{septies} P-RAI. Si le montant n'a pas été entièrement utilisé à la fin d'une période contractuelle, le solde reste dans le Fonds de compensation de l'AI et n'est pas reporté sur la nouvelle période. Si les requêtes relatives aux projets dépassent le plafond des aides financières fixé de 3 %, l'évaluation prévue à l'art. 108^{septies} P-RAI est réalisée.

Art. 108^{sexies}

Cet article définit le terme de « prestations existantes ». On entend par prestations existantes les prestations qui ont déjà été soutenues par des aides financières durant la période précédente et qui sont actuellement proposées. Elles sont alors également indiquées en tant que telles dans le contrat dès les négociations. On entend en outre par prestations existantes les prestations qui peuvent être améliorées et remplacées dans le cadre de projets. Les nouvelles prestations sont en revanche évaluées dans le cadre de projets et, si nécessaire, intégrées dans les contrats en cours.

Art. 108^{septies}

Art. 108^{septies}, al. 1

Cet alinéa définit le terme de « projets ». Selon cette définition, les projets doivent favoriser la mise en place de nouvelles prestations ou le développement de prestations existantes. Ils doivent permettre d'améliorer les offres déjà proposées et de développer de nouvelles prestations efficaces, qui sont intégrées dans les prestations existantes en cas d'évaluation positive. Les projets doivent notamment promouvoir l'inclusion et soutenir en premier lieu les enfants, les jeunes et jeunes adultes et les personnes atteintes de troubles psychiques.

Art. 108^{septies}, al. 2

L'OFAS fixe l'ordre de priorité des projets dans une ordonnance de l'office, en vue de pouvoir réagir de manière plus flexible aux besoins des groupes cibles. Il règle l'évaluation qualitative et la procédure d'approbation des projets jusqu'à l'épuisement des fonds (plafond des aides financières). Si les fonds sont épuisés, plus aucune requête ne peut être approuvée. Si les fonds alloués aux projets ne sont pas entièrement utilisés, le solde est annulé au terme de la période contractuelle (cf. art. 108^{quinquies}, al. 4, P-RAI).

Art. 108^{septies}, al. 2, let. a

Les objectifs et les conditions sont définis concrètement dans l'ordonnance de l'office. Il est prévu que l'OFAS établisse une grille d'évaluation.

Art. 108^{septies}, al. 2, let. b

L'OFAS fixe les principes guidant l'évaluation des projets dans une ordonnance de l'office. Les évaluations doivent permettre de garantir que seuls des projets efficaces soient mis en œuvre.

Art. 110

Les al. 1 à 3 reprennent les actuels al. 1 et 2.

Art. 110, al. 1

La nouvelle notion de projet est reprise dans l'al. 1. La deuxième phrase de l'actuel al. 1 est déplacée à la let. a du nouvel al. 2.

Art. 110, al. 2

L'OFAS détermine les documents à fournir en vue de la conclusion du contrat portant sur l'octroi d'aides financières et à remettre pendant la période contractuelle (let. a). Le délai de remise des documents durant la période contractuelle (let. b) est raccourci de six à quatre mois en vue de rationaliser la procédure. Les indications relatives aux paiements ou aux périodes contractuelles à venir doivent ainsi être disponibles plus tôt.

Art. 110, al. 3

Si le délai ordinaire ou le délai prolongé pour la remise des documents n'est pas respecté sans raison valable, les versements sont suspendus. Les dispositions de la LSu sont d'application.

Art. 110, al. 4

En principe, le versement des aides financières intervient annuellement en deux acomptes. Le solde est versé au terme de la période contractuelle (comme prévu à l'actuel al. 3). L'OFAS peut désormais modifier le plan de versement si des motifs importants le justifient. La pratique a montré que l'OFAS ne pouvait jusqu'à présent pas réagir de manière suffisamment flexible aux situations spéciales des organisations. Lorsque, par exemple, des informations erronées ne sont pas corrigées ou que des informations manquantes ne sont pas fournies dans un délai utile, les versements d'acomptes ultérieurs devraient ainsi être suspendus ou réduits.

L'actuel art. 110, al. 4, RAI est abrogé. Le montant déterminant des aides financières correspond dorénavant au plafond des aides financières défini à l'art. 108^{quater}, al. 1, RAI. Les prestations élargies ne sont plus prévues. Les prestations nouvelles ou améliorées peuvent désormais être introduites dans le cadre de projets.

Art. 110, al. 5

Le terme « subventions » est remplacé par « aides financières » (cf. commentaire relatif au titre de l'art. 108). Cet alinéa ne subit aucune modification matérielle.

Dispositions transitoires de la modification du xx.xx.xxxx (date d'adoption du nouveau RAI)

a. Indemnités journalières

Comme prévu dans le message concernant le DC AI¹⁰¹, le nouveau système est applicable à toutes les FPI commencées après l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation. À cet égard, seul le début effectif de la FPI (le premier jour de formation) fait foi.

b. Évaluation du taux d'invalidité

Avec la présente modification, les prescriptions relatives à la fixation du revenu sans invalidité pour les invalides de naissance et les invalides précoces sont adaptées (cf. art. 26, al. 3 et 4, P-RAI).

¹⁰¹ FF 2017 2503 s.

La suppression des catégories d'âge de l'ancien art. 26, al. 1, RAI permet de prendre en compte un revenu sans invalidité plus élevé pour les assurés avant l'âge de 30 ans. Pour ne pas défavoriser les bénéficiaires de rente qui n'ont pas encore atteint l'âge de 30 ans, il y a lieu de réviser leur droit à la rente. Si l'on ne procédait pas à une révision dans ces cas, l'adaptation en fonction des catégories d'âge jusqu'à présent automatique ne pourrait plus être effectuée en l'absence de disposition correspondante dans le règlement.

Cela concerne, d'une part, les personnes qui n'ont pu achever aucune formation professionnelle malgré tous les efforts déployés par l'AI, pour lesquelles une valeur médiane sans catégorie d'âge est désormais prise en compte. Sont concernés, d'autre part, les assurés titulaires d'un diplôme au sens de la LFPr, pour lesquels le revenu sans invalidité a néanmoins été en partie calculé sur la base de l'ancien art. 26, al. 1, RAI. Dans leur cas, il faut prendre en compte le revenu fondé sur des valeurs statistiques pour ce diplôme professionnel. Par la suppression des catégories d'âge, il sera en règle générale tenu compte pour ces assurés, avec le nouveau calcul, d'un revenu sans invalidité identique, voire plus élevé.

c. Système de rentes

Selon les dispositions transitoires de la modification de la LAI dans le cadre du DC AI, let. b, la quotité de la rente ne change pas pour les bénéficiaires dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore atteint l'âge de 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17, al. 1, LPGA. Selon la let. c de ces mêmes dispositions transitoires, l'ancien droit reste applicable pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification.

Si les deux conjoints ont droit à une rente, le système de plafonnement prévu à l'art. 35 LAVS s'applique par analogie pour le calcul des deux rentes. En vertu de l'art. 32, al. 2, RAI, la réduction des deux rentes s'effectue en fonction d'un plafond correspondant à 150 % de la rente du conjoint qui présente le degré d'invalidité le plus élevé.

Avec les dispositions transitoires formulées dans le cadre du DC AI, il peut arriver que le conjoint qui présente le degré d'invalidité le plus élevé perçoive la rente la plus réduite en pourcentage. En application de l'art. 32, al. 2, RAI, cela conduirait à ce que la rente qui présente le pourcentage le moins élevé d'une rente entière soit prise en compte pour la détermination du plafond, ce qui ne correspond pas à l'objectif visé par cette disposition.

Pour les personnes relevant du champ d'application des dispositions transitoires formulées dans le cadre du DC AI, la modification permet de garantir que la rente maximale la plus élevée des deux rentes d'un couple soit retenue pour le plafonnement.

d. Révision du montant de la contribution d'assistance allouée pour les prestations de nuit

Le nouveau forfait applicable au service de nuit permet d'observer les recommandations du SECO pour les employés de maison et se traduit en conséquence automatiquement par des prestations supérieures en cas de maintien du même droit. C'est pourquoi toutes les décisions dans lesquelles un besoin d'aide de nuit a été reconnu doivent faire l'objet d'une révision. En principe, seule la rémunération du service de nuit est révisée. Il en va de même pour les droits au sens de l'art. 43^{ter} LAVS. Dans ce cas, le montant révisé de la contribution d'assistance peut excéder celui alloué au titre de la garantie des droits acquis. Les offices AI doivent rendre une nouvelle décision valable dès l'entrée en vigueur du règlement.

e. Conventions existantes concernant le remboursement de médicaments par l'assurance-invalidité

En l'absence de liste de médicaments de l'AI, l'OFAS a procédé à une évaluation de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité d'un petit nombre de médicaments ces dernières années. Un prix a été fixé pour certains. Jusqu'à présent, ces médicaments étaient intégrés dans la CMRM sur la base d'une convention entre l'OFAS et le titulaire de l'autorisation.

Une partie de ces médicaments a été inscrite sur la liste des médicaments en matière d'infirmités congénitales (LMIC), c'est pourquoi la règle figurant dans les dispositions transitoires de la modification de l'OAMal (date d'adoption de cette modification) concernant le transfert des médicaments de la LMIC vers la LS IC ou la LS leur est applicable.

Pour les médicaments intégrés dans la CMRM sans avoir été repris dans la LMIC, il est précisé que la convention entre l'OFAS et le titulaire de l'autorisation reste applicable jusqu'à l'inscription du médicament concerné sur la LS IC ou jusqu'à l'échéance de la convention. Ces médicaments seront radiés de la CMRM dès leur inscription dans la LS IC. En vertu du nouvel art. 14^{ter}, al. 5, LAI, la prise en charge des coûts en raison d'une admission dans une circulaire n'est en principe plus possible. Les conventions existantes avec le titulaire de l'autorisation gardent cependant leur validité dans l'immédiat. Les coûts continueront d'être pris en charge en application par analogie de l'art. 71b OAMal.

La liste D de l'annexe 2 CMRM contient aussi quelques médicaments non autorisés en Suisse. Dans le cadre de l'élaboration du présent projet mis en consultation, il s'est avéré qu'aucune base légale n'existe pour cette liste et qu'une admission de ces médicaments dans la LS IC ou la LS est impossible sans autorisation en Suisse. Les personnes autorisées à distribuer les médicaments concernés (par ex. les titulaires d'autorisation étrangers) doivent être informées que la mention de ces médicaments sera supprimée dans la CMRM au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification et que les art. 71a ss OAMal s'appliqueront dès lors par analogie.

f. Droit applicable aux contrats conclus en vertu de l'art. 74 LAI

La disposition transitoire est nécessaire dans la mesure où des contrats relatifs à des aides financières ont déjà été conclus pour la période 2020-2023. Les anciennes dispositions légales doivent rester applicables à ces contrats jusqu'à leur fin. Le nouvel ordre de priorité ne peut par conséquent être applicable qu'à partir de la nouvelle période contractuelle (c'est-à-dire à compter du 1^{er} janvier 2024). Néanmoins, les nouvelles dispositions doivent entrer en vigueur avant la nouvelle période contractuelle, afin que l'OFAS puisse édicter en temps opportun les règles nécessaires concernant les projets au sens de l'art. 108^{septies} P-RAI. Une entrée en vigueur avant 2024 est également judicieuse pour que l'OFAS puisse conclure des contrats sur la base des nouvelles dispositions avant le 31 décembre 2023 pour la période débutant le 1^{er} janvier 2024.

Pour des contraintes liées au calendrier, approuver dès 2022 des projets à évaluer pour 2024 n'est toutefois pas pertinent, car les bases nécessaires pour les négociations pour la période contractuelle 2024-2027, telles que le volume du contrat et des éventuelles réductions, doivent être disponibles au début de l'année 2023.

3.2 Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales

L'OIC est abrogée et remplacée par une ordonnance de département (OIC-DFI ; cf. chap. 3.9). Le contenu normatif de l'OIC est en grande partie transféré dans la LAI et le RAI. Les infirmités congénitales reconnues par l'AI visées à l'art. 1, al. 1, OIC sont à présent définies dans la LAI et le RAI. La naissance et l'étendue du droit aux prestations sont réglées en détail dans le RAI.

Il est renoncé à l'introduction de dispositions d'exécution relatives à l'art. 14, al. 2, LAI, la concrétisation des critères EAE se révélant une tâche de grande ampleur et très technique. Cette concrétisation doit par conséquent être introduite au niveau de la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI. Afin de garantir la cohérence entre l'AOS et l'AI, le papier de travail « Opérationnalisation des critères EAE » de l'OFSP¹⁰² doit également être appliqué à l'AI par analogie. On peut également ignorer la dernière phrase de l'art. 14, al. 2,

¹⁰² Disponible à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Désignation des prestations > Processus de demande > Processus de demande pour prestations générales > Documents

LAI concernant les maladies rares, telle qu'ajoutée par décision du Parlement, puisqu'il ressort clairement des débats parlementaires qu'elle est de nature purement déclaratoire.

3.3 Ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales

Art. 7j

La procédure d'attribution des mandats d'expertise est régie à l'art. 44 LPGa. Il est prévu que les éventuels motifs de récusation soulevés par l'assuré à l'encontre de l'expert mandaté soient examinés par l'assureur. Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix de l'expert désigné, il rend une décision incidente. Avant d'en venir à cette décision incidente, il convient dans la mesure du possible de rechercher un consensus entre l'assureur et l'assuré. Cette procédure de consensus est définie plus en détail dans cette disposition de l'ordonnance.

Art. 7j, al. 1

Dans le cadre de l'attribution de gré à gré d'un mandat d'expertise médicale, l'assureur désigne les experts nécessaires. L'assuré a la possibilité d'invoquer des motifs de récusation à l'encontre de ces experts et refuser les experts. L'art. 44, al. 2, LPGa précise que l'assuré est en droit de présenter des contre-propositions, auquel cas l'assureur est tenu d'examiner les motifs de récusation à l'égard de l'expert proposé. Afin de pouvoir désigner les experts d'un commun accord, il convient donc dans la mesure du possible de parvenir à un consensus entre l'assureur et l'assuré, ceci dans le cadre d'une tentative de consensus.

Art. 7j, al. 2

La tentative de consensus peut intervenir oralement dans le cadre d'un entretien et doit être consignée par écrit. Qu'elle soit écrite ou orale, la recherche de consensus doit être versée au dossier conformément à l'art. 46 LPGa. La possibilité d'une recherche de consensus ne prive pas l'assureur de sa compétence s'agissant de la désignation de l'expert. La jurisprudence actuelle selon laquelle l'assuré ne peut se prévaloir d'aucun droit à la désignation d'un expert de son choix continue de s'appliquer¹⁰³.

Si l'assureur et l'assuré s'entendent sur la désignation d'un nouvel expert, la procédure est close¹⁰⁴. En revanche, si l'assureur maintient son choix de l'expert pressenti, il est tenu de rendre une décision incidente conformément à l'art. 44, al. 4, LAI.

Art. 7j, al. 3

L'attribution des mandats d'expertise selon le principe du hasard apaise les craintes générales de dépendance et de partialité découlant des conditions-cadres de l'expertise¹⁰⁵. Il n'est ainsi plus possible de reprocher à l'assureur une sélection des experts guidée par les résultats attendus. Les objections d'ordre général deviennent privées d'objet. Toutefois, les parties impliquées doivent, même après l'introduction du principe du hasard, continuer d'examiner les objections qui peuvent découler de cas individuels concrets. L'assuré peut donc toujours demander la récusation des experts pour les motifs définis à l'art. 36, al. 1, LPGa. L'assureur est dans ce cas certes tenu d'examiner les motifs de récusation, mais aucune tentative de recherche de consensus n'est nécessaire¹⁰⁶, parce que cela équivaldrait à établir une sélection des experts guidée par les résultats. Le principe du hasard doit justement prévenir une telle situation.¹⁰⁷

¹⁰³ Cf. ATF 132 V 93, consid. 6.5

¹⁰⁴ FF 2017 2507

¹⁰⁵ Cf. ATF 137 V 210, consid. 2.4, p. 237

¹⁰⁶ Cf. FF 2017 2507

¹⁰⁷ Cf. ATF 139 V 349, consid. 5.2.1, p. 354

Art. 7k

Afin d'instaurer une plus grande transparence des expertises, les entretiens entre les experts et les assurés font désormais l'objet d'un enregistrement sonore, puis sont versés au dossier (art. 44, al. 6, LPGA).

Art. 7k, al. 1

Au cours d'un entretien dans le cadre d'une expertise, il n'est pas rare que des événements, des expériences et des circonstances très personnelles concernant l'assuré soient abordées. Il peut ainsi arriver qu'un assuré consente certes à ce que ces expériences et déclarations personnelles soient prises en considération par l'expert pour son rapport, mais refuse que les informations personnelles soient versées telles quelles au dossier. C'est pourquoi l'art. 44, al. 6, LPGA confère à l'assuré le droit de refuser l'enregistrement.

L'art. 7k, al. 1 précise que l'assureur doit informer l'assuré du caractère volontaire de l'enregistrement au moment de l'annonce de l'expertise.

Art. 7k, al. 2

Lorsque l'assuré souhaite renoncer à l'enregistrement sonore de l'entretien, il doit, dans la mesure du possible, en aviser par écrit l'assureur avant le début de l'expertise. Pour ce faire, l'assureur transmet un formulaire correspondant lors de l'annonce de l'expertise à l'assuré, que ce dernier doit compléter et lui retourner avant l'expertise. L'assureur verse la déclaration de renonciation au dossier et la transmet à l'expert. Cela permet ainsi de garantir que toutes les parties impliquées soient informées avant l'expertise si l'entretien doit être enregistré et versé au dossier ou non.

Dans certaines circonstances, l'assuré peut aussi prendre la décision de renoncer immédiatement avant l'entretien ou même après celui-ci en fonction de son déroulement. En pareil cas, l'assuré doit signer la déclaration de renonciation auprès de l'expert, qui la transmet ensuite à l'assureur afin qu'elle soit versée au dossier.

Si la renonciation intervient dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire ou pluridisciplinaire, la déclaration doit indiquer clairement auprès de quel expert l'assuré a renoncé à l'enregistrement sonore.

Art. 7k, al. 3

Sur le plan technique, il convient de s'assurer que l'enregistrement soit effectué dans un format qui, d'une part, garantit la sécurité des données et, d'autre part, n'impose pas d'exigences techniques et administratives trop importantes afin de réduire autant que possible la charge pour l'expert. Dans ce domaine, les assureurs possèdent déjà une expérience appropriée de la prise de vues acquise lors des observations. Il incombera à l'assureur de définir les prescriptions techniques concrètes dans le cadre du mandat attribué à l'expert. Il appartient aux autorités de surveillance des assureurs d'édicter des directives relatives à l'utilisation d'un format uniforme, à la sécurité des données et au mode de transmission des données.

Dans le cadre de la modification légale concernant la surveillance des assurés par les assurances sociales, le Conseil fédéral a édicté le 1^{er} octobre 2019 de nouvelles règles relatives à la conservation des dossiers (art. 8a OPGA). Celles-ci visent à assurer tant la sécurité des données que la protection des données sensibles figurant dans les dossiers des différentes branches des assurances sociales et ont par conséquent aussi été prévues pour la conservation des données électroniques. Elles s'appliquent bien entendu également à la conservation des enregistrements sonores.

Art. 7k, al. 4

L'enregistrement sonore vise à garantir que l'entretien a été enregistré en intégralité, correctement et sans coupure. À cette fin, l'assuré et l'expert doivent confirmer le début et la fin de l'entretien, en précisant l'heure exacte.

S'il est nécessaire de recourir à un interprète pour mener à bien un entretien, les interventions de celui-ci doivent bien entendu être également enregistrées.

Art. 7k, al. 5

À l'avenir, une expertise ne sera utilisable que si le rapport et l'enregistrement sonore sont versés au dossier. Il convient dès lors de veiller à ce que l'expert vérifie à l'issue de l'expertise que l'entretien a été intégralement enregistré et peut être restitué parfaitement d'un point de vue technique, c'est-à-dire que ses échanges avec l'assuré sont bien audibles.

Ce contrôle doit garantir que, dans l'éventualité d'une défaillance technique ou d'un enregistrement incomplet ou insuffisant, l'enregistrement puisse être complété ou l'entretien réitéré par l'expert avec la coopération et l'accord de l'assuré.

Après réception de l'expertise et de l'entretien, l'assureur doit pouvoir partir du principe que ceux-ci peuvent être versés au dossier correctement et en intégralité.

Art. 7k, al. 6

Par principe, l'enregistrement sonore de l'entretien entre l'assuré et l'expert fait désormais partie intégrante de l'expertise. Afin de garantir le respect de l'obligation de diligence accrue s'agissant du traitement de ces données particulièrement sensibles, les enregistrements sonores doivent pouvoir être écoutés uniquement dans le cadre de la procédure d'opposition au sens de l'art. 52 LPGA, de la procédure de préavis au sens de l'art. 57a LAI, de la révision et de la reconsidération au sens de l'art. 53 LPGA, de la procédure de recours cantonale au sens des art.s 56 ss LPGA et de la procédure devant le Tribunal fédéral au sens de l'art. 62 LPGA. Cela permet ainsi de garantir que l'enregistrement sonore ne puisse être entendu qu'en cas de contentieux. Toute autre utilisation de l'enregistrement sonore, en particulier une évaluation, est interdite. Si l'expertise demeure incontestée, les enregistrements sonores restent également inutilisés et donc protégés contre toute écoute par des tiers.

Art. 7l

À l'heure actuelle, il n'existe dans le droit fédéral pas d'exigences en matière de qualifications professionnelles à remplir par les experts médicaux souhaitant réaliser une expertise médicale sur mandat d'une assurance sociale. Chaque assureur décide lui-même des qualifications et exigences professionnelles que doivent posséder les experts. La base requise pour l'adoption d'une réglementation uniforme a été créée avec l'art. 44, al. 7, LPGA. Les critères énumérés à l'art. 7l P-OPGA doivent permettre de garantir que les expertises sont réalisées par des experts professionnellement qualifiés.

Art. 7l, al. 1, let. a

Les experts médicaux sont tenus de posséder dans leur domaine d'expertise les mêmes qualifications professionnelles que celles dont ils doivent disposer pour l'exercice de la médecine spécialisée à titre indépendant. Un titre fédéral de médecin spécialiste est en conséquence requis. Cette exigence permet de garantir que les médecins ont suivi des études de médecine et se sont perfectionnés durant plusieurs années dans une discipline spécialisée. La formation peut également avoir été réalisée à l'étranger. L'équivalence du diplôme doit être attestée par la Commission des professions médicales (MEBEKO) de l'OFSP.

La formation continue spécialisée est une obligation professionnelle qui découle du titre de médecin spécialiste. Le niveau des connaissances concernant la pratique actuelle peut être vérifié à l'aide de la liste des médecins de la FMH¹⁰⁸ et des diplômes de formation continue requis.

Art. 7l, al. 1, let. b

Suite à la révision de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales)¹⁰⁹, depuis le 1^{er} janvier 2018, toutes les personnes

¹⁰⁸ Consultable à l'adresse : <https://doctorfmh.ch/>

¹⁰⁹ RS 811.11

exerçant une profession médicale universitaire en Suisse doivent être inscrites dans le registre des professions médicales (MedReg)¹¹⁰. Le MedReg met à la disposition des autorités cantonales compétentes en matière d'autorisation des informations sur les diplômes et les titres postgrades de tous les professionnels de la médecine suisses et étrangers qui exercent en Suisse. Il soutient les cantons dans l'exercice de la surveillance des professions médicales et garantit que les autorités cantonales de surveillance ont accès à toutes les données relatives aux autorisations (y c. les éventuelles mesures disciplinaires) des autres cantons.

Les données du MedReg sont accessibles sur internet et servent à l'information du public. Le registre apporte ainsi une contribution importante à la protection des patients et de la profession médicale. Il constitue en outre un instrument permettant aux assurés de vérifier facilement et rapidement si un expert a suivi la formation initiale, la formation postgrade et la formation continue nécessaires.

Art. 7l, al. 1, let. c

Les médecins qui exercent sous leur propre responsabilité professionnelle doivent en Suisse être titulaires d'une autorisation cantonale de pratiquer. Sont également concernés les médecins salariés, pour autant qu'ils exercent leur profession de façon autonome (par ex. médecins-chefs ou médecins cadres, médecins employés par des personnes morales, etc.).

L'obtention d'une autorisation de pratiquer est subordonnée à la détention d'un diplôme de médecine et d'un titre postgrade fédéraux ou reconnus au niveau fédéral. Les diplômes de médecine et titres postgrades étrangers obtenus dans un pays de l'UE doivent être reconnus par la MEBEKO avant le dépôt de la demande.

La possession d'une autorisation cantonale d'exercice garantit que les autorités cantonales compétentes ont contrôlé les exigences imposées dans l'optique de la politique de la santé aux médecins qui exercent sous leur propre responsabilité. Les assureurs, mais aussi les assurés, ont ainsi la garantie que les experts disposent des qualifications requises et que celles-ci ont été vérifiées et approuvées par une autorité.

Art. 7l, al. 1, let. d

Outre la formation initiale, la formation postgrade et la formation continue requises, les experts doivent également posséder une expérience clinique. Conformément aux exigences applicables aux médecins-conseils dans l'AOS (cf. art. 57 LAMal), les experts doivent en outre disposer d'au moins cinq ans d'expérience clinique acquise au sein d'un cabinet médical ou à une fonction dirigeante dans un hôpital. Cela permet de garantir l'existence d'une référence dans l'exercice pratique de l'activité de médecin traitant. Les experts devront prouver aux assureurs qu'ils remplissent ces exigences dans le cadre de leur cursus professionnel.

Art. 7l, al. 2

En vue de l'établissement d'expertises, les médecins doivent avoir suivi une formation postgrade en tant que spécialiste, mais aussi dans le domaine des expertises médicales.

En Suisse, la Swiss Insurance Medicine (SIM) est chargée de veiller au développement interdisciplinaire de la médecine des assurances. Elle propose des formations postgrades et continues dans ce domaine. En 2004, la FMH a chargé la SIM, qui est une association de droit privé, de former les experts médicaux. Depuis lors, elle propose une formation d'expert de conception modulaire, qui est attestée par un certificat. Les modules sont élaborés avec le concours de représentants de sociétés de disciplines médicales. Les experts certifiés librement disponibles peuvent être consultés sur le site web de la SIM¹¹¹.

L'exigence relative à la possession d'un certificat de la SIM garantit que les médecins spécialistes qui réalisent des expertises pour les assurances sociales en tant qu'experts ont

¹¹⁰ Consultable à l'adresse : <https://www.medregom.admin.ch/>

¹¹¹ Consultable à l'adresse : <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr>

suivi une formation proposée en Suisse dans le domaine des expertises médicales. Le respect de cette condition professionnelle peut également être vérifié sur Internet et dans un registre librement accessible.

La qualification en médecine des assurances est requise uniquement pour les disciplines médicales les plus demandées. Cela garantit que la majorité des expertises sont confiées à des médecins spécialistes avec une formation dans le domaine des expertises médicales. On tient ainsi également compte du fait que les experts font souvent défaut dans les disciplines médicales moins demandées et n'établissent que peu d'expertises par année. De telles expertises font souvent partie d'une expertise bidisciplinaire ou pluridisciplinaire. Dans le cadre de la recherche de consensus, la qualité est garantie grâce à la collaboration avec d'autres experts formés à la médecine des assurances.

Art. 7l, al. 3

Outre pour les experts médicaux, le législateur a prévu que des critères d'admission doivent aussi être développés pour les experts en neuropsychologie.

En Suisse, les exigences professionnelles imposées à la fourniture de prestations neuropsychologiques sont réglées dans la LAMal et dans l'OAMal. Il est donc logique de reprendre les exigences professionnelles posées aux neuropsychologues par l'OAMal. Concrètement, une formation spécialisée en neuropsychologie suivie au sein d'une haute école et attestée par un master ainsi qu'une formation postgrade pratique en clinique pendant plusieurs années répondant aux normes de qualité définies par l'OFSP sont requises.

Cette exigence de qualité, introduite au niveau des directives dès 2017, a fait ses preuves dans l'Al.

Art. 7l, al. 4

En plus de remplir les exigences professionnelles, les experts et les centres d'expertises doivent être disposés à fournir les documents requis (organigrammes, processus, mesures de garantie de la qualité, etc.) aux assureurs. Il s'agit d'une condition indispensable pour que les assureurs et les organes d'exécution puissent, d'une part, évaluer l'organisation et les procédures et, d'autre part, transmettre les documents à la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales (art. 7n).

Art. 7m

Actuellement, il n'y a en Suisse aucune institution indépendante chargée des questions relatives à la qualité et à l'assurance qualité des expertises médicales. Par conséquent, il n'existe pas d'exigences ou de normes de qualité contraignantes pour l'établissement d'expertises médicales, ni de critères ou instruments obligatoires pour l'évaluation de la qualité des expertises.

Dans le cadre des débats sur le DC Al, le Parlement a confié au Conseil fédéral le soin de créer une commission chargée de surveiller l'habilitation des centres d'expertises, le processus d'expertise et les résultats des expertises médicales ainsi que de formuler des recommandations publiques correspondantes. Le législateur a en outre prévu que des représentants des différentes assurances sociales, des centres d'expertises, du corps médical, des neuropsychologues, des milieux scientifiques et des organisations de patients et de personnes en situation de handicap siègent au sein de la commission.

La nouvelle commission formulera des recommandations publiques pour toutes les assurances sociales quant aux exigences, critères et instruments concernant l'assurance qualité des expertises médicales. À l'avenir, les assureurs pourront reprendre, mettre en œuvre et contrôler ces recommandations émises par la commission.

Les experts seront à l'avenir tenus d'observer des prescriptions homogènes pour toutes les assurances sociales et la qualité de leurs expertises sera également évaluée à l'aune de critères uniformisés. Les bases d'une évaluation de la qualité des expertises dans le cadre

d'études scientifiques ou d'évaluations par les pairs (*peer reviews*) sont ainsi également créées.

En fonction des tâches prévues, la commission doit être constituée d'experts ainsi que de représentants des milieux concernés, qui disposent des compétences et des connaissances spécifiques requises pour être en mesure d'évaluer les questions en rapport avec les exigences de qualité et d'assurance qualité dans le domaine de l'expertise médicale. Sur la base de ces exigences, la représentation des intérêts et le nombre des représentants correspondants sont concrétisés à l'al. 2. S'agissant de la sélection des membres de la commission, les institutions et organisations concernées auront la possibilité de proposer des candidats.

Art. 7n

Art. 7n, al. 1

Le législateur a prévu que la commission surveille l'admission des centres d'expertises, le processus d'établissement des expertises ainsi que les résultats des expertises médicales. Pour qu'elle soit en mesure d'assumer ces missions, il est nécessaire de concrétiser les tâches qui lui incombent.

La commission formulera des recommandations publiques afin que les experts, les centres d'expertises, les assureurs, les assurés et tous les autres milieux concernés puissent avoir un aperçu des critères et des exigences qu'elle juge nécessaires. Ces recommandations peuvent être reprises par les experts et les assureurs. Ces derniers pourront à l'avenir se concentrer sur le respect des critères et des prescriptions recommandés. Ils disposent ainsi d'une base indépendante pour décider d'initier une collaboration avec un centre d'expertises ou de l'interrompre.

Art. 7n, al. 1, let.s a à e

La commission élaborera des recommandations publiques dans divers domaines. La qualité et l'assurance qualité des expertises doivent reposer sur des critères identiques au niveau national et pour toutes les assurances sociales. Il est important que des critères clairs pour tous les experts concernant l'établissement des rapports d'expertises soient définis et que le contrôle de la qualité soit garanti au moyen d'instruments spécifiques et uniformes.

La plupart des expertises réalisées par les centres d'expertises sont des expertises bidisciplinaires ou pluridisciplinaires. En raison de la participation de deux experts ou plus et de la recherche de consensus qui en découle, la mise en œuvre de ces expertises doit répondre à des exigences accrues. En l'absence d'exigences de portée générale et obligatoire concernant la structure et les processus des centres d'expertises, la commission doit également définir des critères pour l'admission des centres d'expertises exerçant pour les assurances sociales et leurs activités. Elle élaborera les critères correspondants relatifs à différentes thématiques (par ex. infrastructure, indépendance, exigences professionnelles, habilitations, structure, gestion des cas, gestion de la qualité, assurance qualité). Les exigences en matière de qualifications professionnelles à remplir par les experts médicaux seront à l'avenir réglées par le Conseil fédéral (cf. art. 71 P-OPGA) et peuvent être vérifiées facilement par les assurés et les assureurs.

La commission contrôlera l'adoption et le respect des critères et des normes de qualité recommandés. Les documents requis à cet effet seront mis à sa disposition par les assureurs et les organes d'exécution des différentes assurances sociales (cf. al. 2). Les résultats du contrôle du respect des critères seront également communiqués sous la forme de recommandations publiques.

Art. 7n, al. 2

Pour que la commission puisse se faire une idée quant à l'observation des critères par les experts et les centres d'expertises lors de l'établissement d'expertises, elle est tributaire des documents relatifs aux expertises. En fonction du thème qu'elle souhaite contrôler, elle a par

exemple besoin des expertises ou des documents relatifs aux procédures et aux structures des centres d'expertises. Étant donné qu'en raison de ses compétences légales, la commission n'est pas autorisée à demander elle-même les documents requis auprès des experts ou des centres d'expertises, il est prévu qu'elle puisse les obtenir auprès des assureurs et des organes d'exécution. Ces derniers rassemblent alors les documents par thèmes à contrôler et les transmettent à la commission.

Art. 7n, al. 3

Au vu des différentes tâches qui lui sont confiées, la commission établira un règlement interne, qui devra notamment préciser son mode de travail (let. a).

Afin de pouvoir assumer ses tâches multiples et exigeantes, la commission aura besoin du concours d'experts externes pour les travaux de recherche scientifique ou pour la réalisation d'examens. Les rapports et évaluations de ces experts constitueront souvent le fondement sur lequel s'appuieront les décisions de la commission. En conséquence, l'al. 4, let. b, prévoit que la commission détermine dans son règlement interne les modalités de recours à des experts externes pour la réalisation des tâches mentionnées.

Enfin, la commission devra définir dans son règlement interne sous quelle forme et à quelle fréquence elle entend rédiger les rapports sur ses activités et ses recommandations (let. c).

Art. 7n, al. 4

Le règlement interne de la commission est soumis à l'approbation du département compétent, soit le DFI.

Art. 7n, al. 5

Au sein du DFI, l'OFAS assure le secrétariat, respectivement le bureau spécialisé de la commission. Les travaux variés et exigeants qui doivent être fournis pour la commission vont au-delà du travail de secrétariat au sens strict. Un large éventail de tâches assicurologiques et juridiques doivent être accomplies et les bases scientifiques pour l'assurance qualité dans le domaine de l'expertise médicale doivent être élaborées.

Disposition transitoire

On partira du principe que tous les experts sont aujourd'hui titulaires d'un titre de médecin spécialiste, mais n'ont pas encore tous suivi de formation spéciale dans le domaine de la médecine des assurances.

Pour garantir un nombre suffisant d'experts en mesure de répondre à l'importante demande d'expertises, il est nécessaire de prévoir une période transitoire pendant laquelle les médecins spécialistes peuvent obtenir le certificat de la SIM dans les disciplines médicales visées à l'art. 7l, al. 2.

3.4 Règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS)

Art. 51, al. 5

Selon le droit en vigueur, les personnes présentant un taux d'invalidité situé entre 40 et 50 % ont droit à un quart de rente ou à une demi-rente. L'introduction du système de rentes linéaire donnera désormais lieu à une multitude de pourcentages de rente, car la part en pourcentage d'une rente entière augmente de manière linéaire avec le taux d'invalidité. L'adaptation proposée à l'art. 51, al. 5, RAVS ne constitue pas une modification matérielle, mais tient compte du fait que la part à prendre en compte du revenu annuel moyen déterminant se fonde sur le taux d'invalidité.

Art. 53, al. 1, 1^{re} phrase

Avec l'introduction du système de rentes linéaire, chaque taux d'invalidité correspond à un pourcentage d'une rente entière. Du fait de cette règle, il n'existera à l'avenir plus seulement

quatre quotités de rente possibles (quart de rente, demi-rente, trois quarts de rente et rente entière), mais une multitude de quotités de rente exprimées en pourcentage. L'inscription de chacune d'entre elles dans une table de rentes prendrait des proportions énormes et serait en conséquence impraticable. C'est pourquoi la disposition est modifiée de façon à autoriser l'office fédéral compétent, à savoir l'OFAS, à édicter des normes pour le calcul du montant des rentes en plus d'établir ces tables. Ces normes peuvent par exemple revêtir la forme de formules de calcul.

Chapitre IX : Les aides financières pour l'encouragement de l'aide à la vieillesse

Dans le titre du chapitre IX, le terme "subventions" est remplacé par "aides financières", conformément aux articles suivants.

Art. 222

Art. 222, titre, al. 1 et 3

Dans cet article comme dans les suivants, le terme « subventions » est remplacé par « aides financières ». En effet, dans la LSu, les « subventions » incluent les « aides financières » et les « indemnités ». Or, les subventions accordées sur la base de l'art. 101^{bis} LAVS le sont exclusivement sous forme d'aides financières.

Art. 222, al. 3

La participation du Fonds de compensation de l'assurance-vieillesse et survivants (Fonds AVS) se monte à environ 20 millions de francs (2020). Les ressources sont créditées au Fonds de compensation de l'AI afin de financer les prestations fournies aux personnes âgées devenues handicapées après l'âge de la retraite. Dans la première phrase, l'adverbe « proportionnellement » est supprimé, car il pouvait faire penser que la participation de l'AVS était proportionnelle à celle de l'AI. En revanche, il est expressément indiqué que la contribution de l'assurance dépend des prestations effectivement fournies à ces personnes par les organisations de l'aide aux invalides. Ce sont les règles prévues dans le RAI pour les subventions aux organisations de l'aide privée aux invalides (art. 108 à 110 RAI) qui s'appliquent à ces prestations. Les dispositions qui suivent (art. 223 à 225) s'appliquent exclusivement aux aides financières aux organisations d'aide à la vieillesse visées à l'al. 1.

Art. 223

La structure actuelle de cet article ne permet pas de faire rapidement le lien avec les prestations visées à l'art. 101^{bis} LAVS. Dans la nouvelle structure, le mode d'allocation des aides financières est indiqué pour chaque type de tâche. Les alinéas sont reformulés de manière à faire expressément référence aux dispositions pertinentes de l'art. 101^{bis}, al. 1, LAVS et identifier les différentes prestations visées. Ces nouvelles structure et formulation n'entraînent aucun changement par rapport à la pratique actuelle.

Le titre actuel « Critères de subventionnement » est modifié car il ne rend pas compte du contenu matériel de cet article. Ce dernier a pour objet de définir le mode d'allocation des aides financières correspondant aux différentes prestations (cf. en outre commentaire de l'art. 222 ci-dessus).

Art. 223, al. 1

Le contenu de l'al. 1 actuel se rapporte au montant des aides financières et relève par conséquent de l'art. 224. La phrase n'est pas déplacée à l'art. 224, al. 1, car les critères énumérés dans celui-ci couvrent déjà la notion de « degré de réalisation des objectifs ». Le nouvel al. 1, qui le remplace, correspond en substance à l'al. 2 actuel.

Depuis la RPT, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, l'aide à domicile par des personnes professionnelles n'est plus financée par la Confédération. Les prestations bénéficiant d'aides financières doivent être fournies par des bénévoles. Pour éviter la confusion avec l'« aide à domicile » professionnelle, la nouvelle formulation utilise les termes « prestations fournies à

domicile ou en lien avec le domicile ». Il peut s'agir par exemple d'accompagner une personne pour des trajets hors de son domicile. Les services ambulatoires ne sont plus mentionnés, car ils évoquent le domaine des soins qui relève désormais de la compétence des cantons.

Art. 223, al. 2

L'al. 2 actuel est déplacé à l'al. 1 (cf. commentaire de l'al. 1 ci-dessus). Le nouvel al. 2 correspond en substance à l'actuel al. 3. Celui-ci est reformulé de manière à préciser le mode d'allocation des aides financières, ce qui ne ressort pas de la formulation actuelle.

Comme les projets font aussi partie des tâches de développement visées à l'art. 101^{bis}, al. 1, let. c, LAVS, l'actuel al. 4 qui s'y rapporte est, en substance, déplacé pour compléter l'al. 2. Les projets ne sont par nature pas permanents et sont financés sur la base des coûts effectifs, en supplément du forfait pour les tâches de développement permanentes.

Art. 223, al. 3

Le contenu de l'actuel al. 3 est déplacé à l'al. 2 (cf. commentaire de l'al. 2 ci-dessus). Le nouvel al. 3 correspond dorénavant en substance à l'actuel al. 5, dont la première phrase est reformulée. Le terme actuel « indemnisation » est inapproprié (cf. commentaire de l'art. 222 P-RAVS). Le montant des aides dépend du nombre de prestations fournies.

Art. 223, al. 4

Le contenu de l'actuel al. 4 est en substance déplacé à l'al. 2 (cf. commentaire de l'al. 2 ci-dessus). Le nouvel al. 4 correspond en substance à l'actuel al. 6, qui est complété.

Les bases de calcul servant à la fixation des aides financières versées sous les formes mentionnées aux alinéas précédents sont précisées dans les contrats passés avec les organisations. En outre, le terme « subventions » est remplacé par « aides financières » (cf. commentaire de l'art. 222 ci-dessus).

Art. 224

Le terme « subventions » est remplacé par « aides financières » (cf. commentaire de l'art. 222 ci-dessus).

Art. 224, al. 1

Dans la première phrase, les critères de conformité aux besoins et d'efficacité ont été ajoutés. L'efficacité et l'économicité sont des conditions fondamentales prévues par la LSU (art. 1, al. 1, let. b, LSU). Il est de plus nécessaire que les organisations bénéficiaires d'aides financières adaptent leur offre à l'évolution de la population âgée et de ses besoins. La grande importance accordée dans l'ordre de priorité aux tâches de développement procède du souci de favoriser l'innovation et le dynamisme des organisations (art. 224^{ter}, al. 1, let. b, P-RAVS).

Dans la deuxième phrase, la formulation a été revue en français, car les termes « volume de travail » et « champ d'activité » ne rendent pas précisément les termes allemands « Umfang » et « Reichweite ». Ils sont remplacés par « volume » et « portée des activités ». Certaines organisations ont en effet un vaste éventail de prestations et couvrent une large population (par ex. Pro Senectute). D'autres sont davantage spécialisées et s'adressent à un public plus restreint (par ex. Parkinson Suisse). Le montant des aides financières tient compte de ces éléments.

La deuxième phrase est encore complétée pour mentionner la prise en compte des contributions financières de tiers. Cet ajout remplace la troisième phrase, supprimée car formulée de manière trop restrictive : ce ne sont pas uniquement les contributions de collectivités locales de droit public qui sont prises en compte, mais aussi d'autres prestations de tiers. Pour certaines organisations d'aide à la vieillesse, les dons constituent une importante source de financement, par exemple.

En outre, le terme « subventions » est remplacé par « aides financières » (cf. commentaire de l'art. 222 ci-dessus).

Art. 224, al. 2

L'al. 2 est supprimé, car il se rapporte matériellement à l'art. 223 RAVS (modes d'allocation des aides financières). Les cours y sont visés à l'al. 2 (désormais à l'al. 1 ; cf. commentaire de l'art. 223, al. 1, P-RAVS) et la formation continue à l'al. 5 (désormais à l'al. 3 ; cf. commentaire de l'art. 223, al. 3, P-RAVS).

Art. 224, al. 3

Cette nouvelle disposition est introduite pour inscrire, au niveau de l'ordonnance, une pratique déjà appliquée dans les contrats en cours et prévue dans les directives de l'OFAS depuis 2017. Cette limite à la participation financière de la Confédération aux coûts effectifs est conforme à la LSu. Le taux maximal de 50 % souligne le caractère subsidiaire de l'intervention de la Confédération dans l'aide à la vieillesse. Une exception à la limite de 50 % est prévue pour les cas motivés par un intérêt particulier de la Confédération à ce qu'une tâche qu'elle ne peut accomplir elle-même soit effectuée, si l'organisation soutenue ne dispose que de possibilités de financement limitées du fait de sa structure et de ses buts. Concrètement, cette exception concerne actuellement le Conseil suisse des aînés (CSA). Le CSA, fondé dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration politique et du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (2002)¹¹², a pour mission de défendre les intérêts des personnes âgées en Suisse. Il effectue des tâches de développement et de coordination des organisations représentant les intérêts des personnes âgées. Le CSA repose presque exclusivement sur l'engagement bénévole. Hormis les cotisations des membres, les autres sources d'autofinancement, telles que la fourniture de services ou la collecte de dons, sont très marginales.

Art. 224^{bis}

L'art. 101^{bis}, al. 2, LAVS charge le Conseil fédéral de fixer le montant maximal global des aides financières. Jusqu'ici, le RAVS ne comportait pas de disposition à ce sujet. Ce nouvel article définit la périodicité de l'adaptation du montant maximal et les bases qui servent de référence pour en fixer la valeur.

Art. 224^{bis}, al. 1

Le Conseil fédéral fixe tous les quatre ans par voie d'arrêté le montant maximal annuel pour l'allocation d'aides financières aux organisations de l'aide à la vieillesse. Dans ce cadre, il peut également prévoir un ajustement progressif du montant maximal des aides financières sur plus de quatre ans, adapté par exemple à la durée des contrats de subvention en cours ou à celle des nouveaux contrats à conclure. Une réévaluation de la situation et une décision politique périodique se justifient en raison des changements que devrait connaître le domaine de l'aide à la vieillesse. En effet, selon le scénario démographique de référence de l'OFS¹¹³, la population âgée de 65 ans et plus augmentera de plus de 40 % entre 2020 et 2035, pour dépasser les 2,3 millions de personnes. On doit donc s'attendre à une plus forte demande de prestations, en particulier chez les personnes âgées, et à un besoin de coordination accru. L'adaptation périodique du montant maximal ne suit cependant pas automatiquement le rythme de l'évolution démographique, mais tient compte des besoins avérés des organisations, qui dépendent encore d'autres facteurs (par ex. évolution des modes de vie, évolution technologique, état de santé de la population âgée, autres sources de financement).

Le montant maximal initial correspond au montant actuel (2020) de 72 millions de francs, augmenté d'une réserve de 1 million de francs pour assurer une marge de manœuvre

¹¹² Nations Unies, Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement (2002) : *Déclaration politique et Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*. Consultable à l'adresse : <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-fr.pdf>

¹¹³ OFS (2020) : *Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2020-2050*. Consultable à l'adresse : www.bfs.admin.ch
> Trouver des statistiques > 01 - Population > Évolution future.

jusqu'à la fixation du prochain montant. Cette marge de manœuvre doit en particulier permettre de considérer d'éventuelles nouvelles requêtes, répondant à de nouvelles problématiques, d'organisations qui n'ont pas reçu d'aides financières jusqu'ici.

Le Conseil fédéral fixe également, tous les quatre ans, le montant maximal de la contribution du Fonds AVS aux organisations privées de l'aide aux invalides selon l'art. 222, al. 3. Le montant maximal initial correspond au montant actuel (2020) de 200 millions de francs. En revanche, l'évolution observée dans ce domaine ne justifie pas de prévoir une réserve.

Bien qu'il ne soit pas prévu de compensation intégrale automatique du renchérissement, l'évolution des prix à la consommation est un élément pris en considération lors de l'adaptation du montant maximal.

Art. 224^{bis}, al. 2

L'adaptation périodique du montant maximal doit s'appuyer sur des bases de décision fondées. D'une part, les moyens mis à disposition doivent être utilisés pour des aides qui se sont avérées aussi adéquates et efficaces que possible. D'autre part, il faut identifier d'éventuelles lacunes et prévoir l'évolution des besoins.

Au cours de l'examen de la situation et des besoins futurs de l'aide à la vieillesse, l'OFAS pourra consulter la Commission fédérale AVS/AI. Il entretient par ailleurs des échanges réguliers avec les cantons à ce sujet, car la Confédération a un rôle subsidiaire dans l'aide à la vieillesse.

Art. 224^{bis}, al. 3

Pour établir les bases de décision visées à l'al. 2, l'OFAS peut faire effectuer les études nécessaires par des mandataires externes aux frais de l'assurance, dans la limite indiquée.

Art. 224^{ter}

Ce nouvel article répond à l'exigence de la LSu (art. 13, al. 2, LSu) qu'un ordre de priorité soit prévu pour les cas dans lesquels les requêtes des bénéficiaires dépasseraient le montant maximal disponible. Il est nécessaire que la base de l'ordre de priorité soit inscrite au niveau de l'ordonnance. Les moyens disponibles doivent être utilisés en premier lieu pour les tâches prioritaires. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille, dans l'affectation des ressources, négliger les tâches moins prioritaires, auxquelles il convient néanmoins d'accorder un poids moins important.

Art. 224^{ter}, al. 1

Les tâches énumérées sont les tâches admises en vertu de l'art. 101^{bis}, al. 1, LAVS. L'ordre dans lequel elles se suivent souligne la priorité accordée au soutien à la coordination de l'aide à la vieillesse au niveau national, puis aux tâches de développement et à la formation continue du personnel auxiliaire. La mise en évidence de ces trois domaines correspond à la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons : ce sont ces domaines d'activité des organisations subventionnées qui dépendent, pour ce qui est de leur financement par les pouvoirs publics, de la Confédération, c'est-à-dire des aides financières de l'AVS à hauteur maximale de 50 % (art. 224, al. 3). Un quart environ des aides financières va aux prestations de ces trois domaines. Le soutien aux tâches de développement, en particulier, doit garantir que l'aide aux personnes âgées soit adaptée à l'évolution de cette population et de la société et que les organisations renouvellent leurs approches et leurs prestations pour répondre efficacement aux nouveaux besoins. Les tâches qui suivent dans l'ordre de priorité reçoivent en revanche des contributions d'autres collectivités publiques : les cantons participent à leur financement. L'engagement de la Confédération au moyen des aides financières selon l'art. 101^{bis} LAVS est néanmoins important pour assurer, sur tout le territoire, une offre de prestations telles que la consultation sociale ou des conditions uniformes pour l'encadrement des bénévoles. Les trois quarts environ des aides financières sont versés pour l'ensemble de ces tâches. Par les contrats avec les organisations, la Confédération s'assure aussi que les

prestations subventionnées fournies directement aux personnes s'adressent tout particulièrement aux personnes âgées vulnérables. Dans le contexte du soutien aux organisations d'aide à la vieillesse, la vulnérabilité se comprend comme un cumul de déficits dans au moins deux des quatre dimensions suivantes : capital économique (ressources matérielles), capital social (relations), capital culturel (savoirs, expérience) et capital physique (santé physique et psychique)¹¹⁴. Face à des ressources limitées, les tâches prioritaires doivent être réduites moins fortement que les tâches moins prioritaires. Ces priorités ne signifient toutefois pas qu'il faut renoncer totalement aux tâches moins prioritaires avant de pouvoir en réduire d'autres.

Art. 224^{ter}, al. 2

L'OFAS est chargé de préciser la mise en œuvre de l'ordre de priorité dans des directives.

Art. 225

Art. 225, al. 1 et 3 à 5

Le terme « subventions » est remplacé par « aides financières » (cf. commentaire de l'art. 222 ci-dessus).

Art. 225, al. 3

L'al. 3 actuel comporte des précisions sur les délais applicables qui ne nécessitent pas d'être fixées au niveau de l'ordonnance. Elles doivent être inscrites dans les directives de l'OFAS.

3.5 Ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité

Art. 4

L'adoption du système de rentes linéaire dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire nécessite une adaptation de l'ordonnance (art. 4 OPP 2). Cet article prévoit qu'en cas d'invalidité partielle, les montants-limites (seuil d'entrée, déduction de coordination et montant-limite supérieur) sont réduits pour l'assurance du salaire encore réalisé dans la prévoyance professionnelle. Alors que cette réduction des montants-limites était jusqu'à présent opérée par tranches de quart de rente ($\frac{1}{4}$ pour un quart de rente, $\frac{1}{2}$ pour une demi-rente ou $\frac{3}{4}$ pour trois quarts de rente), l'adoption du système de rentes linéaire dans la prévoyance professionnelle obligatoire conduit à une diminution en pourcentages. La réduction des montants-limites correspond donc toujours à la quotité de la rente respective. Comme elle est à présent fixée en pourcentage d'une rente entière, la réduction des montants-limites sera à l'avenir également effectuée en pourcentage exact. Pour les personnes partiellement invalides qui continuent d'exercer une activité lucrative correspondant à leur capacité de travail résiduelle, les effets de seuil indésirables disparaissent aussi en ce qui concerne l'assurance du salaire encore réalisé dans la prévoyance professionnelle obligatoire. Les institutions de prévoyance sont libres d'adopter également ce système dans le domaine des prestations subrogatoires, ce qui faciliterait le calcul des rentes globalement en raison de l'application de conditions uniformes.

Exemple :

Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la rente correspond désormais à un pourcentage d'une rente entière identique au taux d'invalidité (cf. nouvel art. 24a, al. 2, LPP). Un taux d'invalidité de 55 % donne par exemple droit à une rente équivalant à 55 % d'une rente entière. Si une personne partiellement invalide continue de faire usage de sa capacité de travail résiduelle, elle est affiliée à la prévoyance professionnelle à titre obligatoire à partir d'un revenu annuel de 9600 francs (l'institution de prévoyance peut arrondir le montant effectivement déterminé de 9599 fr. 85 en appliquant les règles mathématiques pour les arrondis)

¹¹⁴ Gasser, Nadja / Knöpfel, Carlo / Seifert, Kurt (2015) : *Agile, puis fragile. La transition du troisième au quatrième âge chez les personnes vulnérables*. Zurich.

puisque le seuil d'entrée, actuellement fixé à 21 333 francs, est réduit de 55 %. La déduction de coordination de 24 885 francs est réduite dans la même proportion à 11 198 francs arrondis (montant effectif : 11 198 fr. 25), ce qui, pour la personne concernée, augmente le salaire coordonné sur la base duquel sont versées les cotisations à la prévoyance professionnelle.

Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49 %, la quotité de la rente ne correspond pas au taux d'invalidité. Un taux d'invalidité de 40 % continue certes de donner droit à un quart de rente, soit à 25 % d'une rente entière. Cependant, la quotité de rente augmente ensuite linéairement, à concurrence de 2,5 points de pourcentage d'une rente entière pour chaque point de pourcentage des taux d'invalidité supérieurs à 40 %. Les quotités de rente en résultant sont énumérées à l'al. 4 du nouvel art. 24a LPP. Une personne partiellement invalide qui présente, par exemple, un taux d'invalidité de 46 % a ainsi droit à une rente d'invalidité correspondant à 40 % d'une rente d'invalidité entière (25 % + [6 x 2,5 %]). Si cette personne continue d'exercer une activité lucrative comme salariée, elle est par conséquent assujettie à la prévoyance professionnelle obligatoire à partir d'un salaire annuel soumis à l'AVS de 12 800 francs arrondi (montant effectif : 12 799,80 francs). Le seuil d'entrée est réduit en pourcentage de la quotité de rente par rapport à une rente entière, donc de 40 % (2/5). De la même manière, la déduction de coordination est diminuée à 14 931 francs (= 60 % du montant actuel de 24 885 francs).

Un taux d'invalidité à partir de 70 % donne toujours droit à une rente entière (cf. nouvel art. 24a, al. 3, LPP). Tout revenu supplémentaire réalisé dans le cadre d'une faible capacité de gain résiduelle demeure exclu de la prévoyance professionnelle obligatoire en vertu de l'art. 1j, al. 1, let. d, OPP 2.

Pour rappel, le salaire minimal assuré au sens de l'art. 8, al. 2, LPP n'est toujours pas réduit. Il n'est par conséquent pas énuméré à l'art. 4. La définition du salaire minimal assuré doit éviter qu'on aboutisse à de très faibles salaires assurés à titre obligatoire. Une réduction de cette valeur aurait pour effet d'empêcher la réalisation de cet objectif.

3.6 Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie

Art. 35

Les assurés qui présentent une des infirmités congénitales listées à l'annexe de l'OIC-DFI (cf. chap. 3.9) ont droit à des prestations de l'AOS s'ils ne remplissent pas les conditions d'assurance pour l'AI (art. 6 et 9, al. 3, LAI)¹¹⁵ ou s'ils ont atteint l'âge de 20 ans révolus. En cas d'infirmité congénitale non couverte par l'AI, l'AOS prend généralement en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie selon la LAMal (art. 27 LAMal). Concrètement, les prestations suivantes sont remboursées par l'AOS :

- les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une infirmité congénitale et ses séquelles au sens des art. 25 (prestations générales en cas de maladie), 25a (soins en cas de maladie), 26 (mesures de prévention) et 31 (soins dentaires) LAMal, et
- les médicaments inscrits sur la LS IC au sens de l'art. 3^{sexies} P-RAI (art. 52, al. 2, LAMal dans la version révisée).

S'agissant de la prise en charge des coûts, les dispositions de la LAMal sont déterminantes, car la LAMal ne privilégie pas les infirmités congénitales selon l'OIC par rapport à d'autres infirmités congénitales et maladies (art. 27 LAMal). Cela vaut en particulier pour les art. 32 à 34 LAMal (conditions et étendue de la prise en charge des coûts) ainsi que pour les art. 43 à 52a LAMal (tarifs et prix). Suite à la révision de l'art. 52, al. 2, LAMal, il n'existe en principe plus de dispositions spéciales pour les infirmités congénitales. Concernant les médicaments, l'art. 52, al. 2, LAMal révisé précise qu'en cas d'infirmité congénitale, l'AOS prend en principe également en charge les coûts des médicaments inscrits sur la LS IC. S'agissant des enfants, l'AOS intervient si un assuré ne remplit pas les conditions d'assurance de l'AI. Pour les

¹¹⁵ Cf. ATF 126 V 103, consid. 3 et 4

adultes, il peut s'agir aussi bien des assurés qui se sont vu rembourser une mesure médicale par l'AI durant leur enfance que ceux dont le traitement d'une infirmité congénitale n'a débuté qu'à l'âge adulte. Ce dernier cas peut se présenter si, jusqu'à l'âge de 20 ans, aucun traitement n'était nécessaire, si l'infirmité congénitale n'était pas encore diagnostiquée comme telle ou si aucune thérapie adéquate (médicament, par ex.) n'était disponible pendant l'enfance. Dans tous les cas, la prise en charge des coûts des prestations se fonde sur le droit aux prestations de l'AOS, peu importe si des mesures médicales, et, le cas échéant, lesquelles, ont été remboursées par l'AI à l'assuré durant son enfance. Pour ce qui est des médicaments inscrits sur la LS IC, des exigences, conditions et limitations spécifiques peuvent notamment être indiquées pour les adultes (cf. commentaire de l'art. 3^{sexies}, al. 1, P-RAI et de l'art. 65, al. 1^{bis}, P-OAMal).

Les prestations, qui sont remboursées par l'AI avant d'avoir atteint la limite d'âge, sont prises en charge par l'AOS aux conditions prévues dans la LAMal (et les ordonnances y relatives). En vertu de l'art. 35 P-OAMal, le DFI veille à ce que les mesures médicales en cas d'infirmité congénitale reconnues par l'AI soient reprises dans les listes et actes relatifs à la désignation des prestations. Cette règle s'applique en particulier à toutes les prestations inscrites sur les listes positives exhaustives, à savoir aux analyses, moyens et appareils, médicaments, mesures de prévention, soins, soins dentaires (cf. art. 19a OPAS) ainsi qu'aux prestations fournies par des prestataires non médicaux. Étant donné que le principe de la requête s'applique pour les prestations inscrites sur les listes positives, ce qui signifie que le DFI ne peut en principe examiner l'admission de prestations dans les listes positives que sur demande des personnes intéressées, le DFI veille activement à maintenir à jour les listes dans le cadre des infirmités congénitales reconnues par l'AI. Dans le domaine des médicaments, le principe de la requête du titulaire de l'autorisation demeure certes applicable, mais une coordination est assurée par le fait que tant l'AI que l'AOS remboursent généralement les médicaments inscrits sur la LS et la LS IC (cf. art. 3^{novies} P-RAI et art. 52, al. 2, LAMal). Après avoir atteint la limite d'âge légale, les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien qui ont été prises en charge par l'AI continuent d'être remboursées conformément aux règles en vigueur dans l'AOS, c'est-à-dire par l'AOS conformément au principe de confiance. Les prestations bénéficiant du principe de confiance peuvent cependant être contestées. Cela signifie que les acteurs du domaine de la santé ont la possibilité de mettre en doute l'obligation générale de prise en charge et de demander au DFI respectivement à l'OFSP d'examiner si les critères EAE sont remplis. À la suite des examens, le DFI rend une décision qui détermine si et à quelles conditions une prestation jusqu'alors remboursée sur le principe de confiance reste à charge de l'AOS. Aucun droit à des prestations ne peut donc être directement déduit de l'art. 35 P-OAMal, mais la coordination entre l'assurance-maladie et l'AI doit être garantie. L'art. 35 P-OAMal reflète ainsi la volonté d'assurer un passage si possible sans lacune de l'AI à l'AOS, les dispositions légales de la LAMal restant cependant déterminantes (par ex. critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, participation aux coûts des assurés, etc.).

Obligation de prise en charge de l'AOS des mesures logopédiques :

Dans le cadre de la RPT, la logopédie et la psychomotricité ont été rattachées au domaine de la pédagogie (curative), qui dont la compétence et le financement sont depuis le 1^{er} janvier 2008 du ressort des cantons. Par conséquent, l'AI ne rembourse plus ces prestations (cf. art. 14, al. 3, LAI [version en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022] et art. 14, al. 1, let. a, LAI [version en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022] respectivement).

La logopédie médicale est toutefois remboursée par l'AOS aux conditions des art. 10 s. OPAS. Depuis le 1^{er} avril 2020, le traitement des troubles de la déglutition est également remboursé. Cela a permis de combler une lacune de prestation dans le traitement d'enfants atteints d'infirmités congénitales, puisque l'AI ne prend plus en charge les thérapies logopédiques (et psychomotrices) pour les enfants porteurs d'une fente labio-palatine depuis le 1^{er} janvier 2008.

Art. 65, al. 1^{bis}

Aucun médicament ne doit être inscrit simultanément sur la LS et LS IC. Il semble s'agir d'une conséquence logique de la formulation du nouvel al. 5 de l'art. 14^{ter} LAI, qui dispose explicitement que seuls sont repris dans la LS IC les médicaments non inscrits sur la LS (cf. commentaire de l'art. 3^{sexies}, al. 2, P-RAI). Une double liste peut être source d'ambiguïtés, tout en étant inutile parce que la liste sur laquelle figure un médicament ne change rien ni pour les assurés ni pour les fournisseurs de prestations (cf. commentaire de l'art. 3^{sexies}, al. 1, P-RAI). Chaque médicament doit en outre être inscrit uniquement sur la liste dont il remplit les conditions. Si un médicament remplit les conditions fixées à l'art. 3^{sexies}, al. 2, P-RAI pour l'admission dans la LS IC, il n'est pas admis dans la liste des spécialités.

Étant donné que, outre les médicaments figurant dans la LS, l'AOS rembourse aussi les médicaments inscrits sur la LS IC (art. 52, al. 2, LAMal révisé), l'actuelle LMIC, en tant que liste uniquement valable pour l'AOS qui contient les médicaments remboursés par l'AI aux assurés atteints d'une infirmité congénitale jusqu'à l'âge de 20 ans et dont ils ont toujours besoin par la suite, devient obsolète (cf. dispositions transitoires, al. 2, P-OAMal).

Il faut également tenir compte du fait que la LS IC peut en principe s'appliquer aussi bien à des enfants qu'à des adultes. Cela peut par exemple conduire à ce que différentes limitations liées à l'âge, etc. (cf. art. 73 OAMal) soient définies lors de l'admission dans la LS ou la LS IC. Dans le cadre de l'admission d'un médicament dans la LS IC, les critères EAE doivent également être vérifiés pour son utilisation chez les adultes et les conditions correspondantes inscrites dans les limitations conformément à l'art. 73 OAMal. Les conditions et modalités du traitement des adultes peuvent ainsi différer de celles s'appliquant aux enfants. Il est par conséquent renoncé à l'introduction d'une règle spécifique dans le RAI, puisque ces règles sont suffisamment déductibles des autres dispositions.

Le nouvel art. 65, al. 1^{bis}, P-OAMal est également pertinent dans les cas d'extension des indications et de restriction de l'indication pour les médicaments destinés au traitement d'une des infirmités congénitales énumérées dans l'OIC-DFI (cf. chap. 3.9).

Si une demande d'extension des indications est introduite au sens de l'art. 65^f OAMal, il peut arriver qu'un médicament ne remplisse plus les conditions d'admission dans LS IC selon l'art. 3^{sexies}, al. 2, P-RAI. Cela se produit notamment lorsque la nouvelle indication comprend le traitement d'une affection qui n'est pas une infirmité congénitale. Dans ce cas, la suppression du médicament de la LS IC ainsi que son admission dans la LS sont arrêtées dans le cadre de la décision relative à l'extension des indications (décision au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA]¹¹⁶).

La situation est similaire lorsqu'un médicament est nouvellement indiqué exclusivement pour le traitement d'une infirmité congénitale reconnue par l'AI (art. 3^{bis}, al. 1, P-RAI) à la suite d'une restriction de l'indication et commence à être utilisé de manière prépondérante avant l'âge de 20 ans. Dans ce cas, les conditions prévues à l'art. 3^{sexies}, al. 2, P-RAI sont remplies. La suppression du médicament de la LS et son admission dans la LS IC sont arrêtées dans le cadre de la décision relative à la restriction de l'indication (décision au sens de l'art. 5 PA).

Des décisions de reclassification d'un médicament dans l'autre liste (LS ou LS IC) peuvent également intervenir par la suite si la liste des infirmités congénitales figurant en annexe de l'ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales (OIC-DFI) est modifiée et si un médicament n'est de ce fait plus inscrit sur la liste en question (LS ou LS IC).

Disposition transitoire

Disposition transitoire, al. 1

Pour les *demandes* en attente d'admission dans la LS de médicaments qui remplissent les conditions d'admission dans la LS IC, l'article 65, al. 1^{bis}, P-OAMal s'applique après l'entrée

¹¹⁶ RS 172.021

en vigueur de la présente modification. En conséquence, ces médicaments ne seront plus inscrits sur la LS.

Disposition transitoire, al. 2

La LS contient aujourd'hui peu de médicaments indiqués exclusivement pour le traitement d'une infirmité congénitale reconnue par l'AI (art. 3^{bis}, al. 1, P-RAI). Dans le cadre de la mise en œuvre du nouvel art. 65, al. 1^{bis}, P-OAMal, les médicaments actuellement inscrits dans la LS qui remplissent les conditions d'admission dans la LS IC précisées à l'art. 3^{sexies} P-RAI doivent être transférés dans la LS IC. Le transfert des médicaments auparavant inscrits dans la LS vers la LS IC est opéré tous les trois ans dans le cadre du réexamen des conditions d'admission au sens de l'art. 65d OAMal.

Le transfert de ces médicaments de la LS vers la LS IC n'entraîne aucun désavantage pour les titulaires d'autorisation, les assurés ou les fournisseurs de prestations, parce que la liste sur laquelle figure un médicament ne change rien sur le plan juridique (cf. commentaire de l'art. 3^{sexies}, al. 1, P-RAI).

Disposition transitoire, al. 3

Outre les médicaments figurant dans la LS, l'AOS rembourse aussi les médicaments inscrits sur la LS IC (art. 52, al. 2, LAMal révisé). La LMIC, en tant que liste de l'AOS pour les médicaments remboursés par l'AI jusqu'à l'âge de 20 ans aux assurés atteints d'une infirmité congénitale et dont ils ont toujours besoin par la suite, devient obsolète avec la nouvelle réglementation (cf. commentaire de l'art. 65, al. 1^{bis}, P-RAI). Le transfert des médicaments auparavant inscrits sur la LMIC vers la LS ou la LS IC est opéré tous les trois ans dans le cadre du réexamen des conditions d'admission au sens de l'art. 65d OAMal. La LMIC est abrogée avec la clôture définitive de la procédure d'examen de tous les médicaments. Cela signifie que la LMIC que la LS IC et la LS continueront d'être tenues durant une période transitoire.

Remboursement de produits diététiques/nutritionnels spéciaux par l'AI et l'AOS :

L'AI rembourse tant les produits nutritionnels spéciaux que les produits diététiques. La CMRM contient différentes listes, qui ne sont toutefois plus à jour. Ces listes n'indiquent pour l'heure ni prix des produits ni plafond de coûts par enfant. Ces listes doivent être actualisées.

Dans le cadre de l'AOS, les produits diététiques étaient jusqu'à présent inscrits sur la LMIC (également sans fixation d'un prix), bien que, contrairement aux médicaments figurant dans la LS et la LMIC, ils ne constituent pas des médicaments au sens de la loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPT^h)¹¹⁷ et ne disposent pas d'une autorisation de Swissmedic. Il s'agit de denrées alimentaires au sens de la loi fédérale du 20 juin 2014 sur les denrées alimentaires et les objets usuels (LDAI)¹¹⁸; denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales, FSMP) ou de produits médicaux selon la LPT^h. Par conséquent, les produits diététiques ne doivent à l'avenir plus être inscrits sur les listes de médicaments. Même avec la suppression de la LMIC, leur remboursement par l'AOS reste toutefois en principe garanti. À cette fin, les produits diététiques sont désormais réglés dans la LiMA, qui contient notamment un renvoi à la CMRM de l'OFAS. Dans ce cadre, les conditions de l'AOS (critères EAE notamment) sont en principe aussi applicables. Les produits nutritionnels spéciaux pauvres en protéines ne sont par exemple pas remboursés par l'AOS, parce que les adultes sont en mesure de s'assurer une alimentation équilibrée sans avoir à recourir à ces produits.

3.7 Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents

Art. 53, al. 1, 3 et 4

Conformément au nouvel art. 45, al. 3^{bis}, LAA, l'office AI est ajouté à la liste des organismes soumis à l'obligation de communiquer des informations.

¹¹⁷ RS 812.21

¹¹⁸ RS 817.0

Art. 56

Avec l'introduction de l'assurance des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA, l'office AI devient partie dans la procédure d'assurance-accidents et est à ce titre soumis à l'obligation de communiquer des informations. L'étendue de cette communication est précisée à l'art. 56 et l'office AI est ajouté à la liste des organismes concernés.

Art. 72

Art. 72, al. 1

La nouvelle assurance des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA impose de nouvelles obligations aux offices AI, raison pour laquelle ceux-ci doivent être suffisamment informés de la pratique de l'assurance-accidents.

Art. 72, al. 2

Le droit à l'information sur la pratique de l'assurance-accidents entraîne pour les offices AI également l'obligation de transmettre ces informations aux personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA, et en particulier de les informer de la possibilité de conclure une assurance par convention.

Titre 8a : Assurance-accidents des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, de la loi

Un titre propre consacré à la nouvelle assurance-accidents des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA est créé après le titre 8 (Assurance-accidents des personnes au chômage) dans l'OLAA.

Art. 132

Art. 132, al. 1

Le début et la fin de l'assurance pour les salariés soumis à l'assurance-accidents obligatoire sont réglés de manière générale dans la LAA. Pour l'assurance des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA (assurance-accidents des personnes bénéficiant de mesures de l'AI, « AA AI »), le début et la fin de l'assurance doivent être réglés de manière spécifique.

Le début de l'AA AI est fixé de la même manière que pour les salariés soumis à l'assurance obligatoire, le début de la mesure étant assimilé au début d'une relation de travail.

Lorsqu'une mesure de l'AI est formellement décidée, mais ne peut être suivie en aucune manière, la couverture de l'assurance-accidents ne prend pas naissance. Pour que la couverture d'assurance des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA prenne naissance, l'assuré doit au minimum avoir effectué le premier pas pour se rendre à l'endroit où la mesure a lieu.

Art. 132, al. 2

La fin de la couverture accidents doit être réglée différemment pour l'AA AI en raison du lien étroit existant avec les mesures de l'AI.

Art. 132a

Art. 132a, al. 1

Le gain assuré au sens de l'art. 15, al. 2, LAA visé à l'art. 11, al. 3, LAI ne correspond pas à la somme des salaires selon l'art. 132d P-OLAA, mais au salaire déterminant dans le cas d'un accident. Celui-ci sert de base pour le calcul des prestations en espèces de l'assurance-accidents.

En cas d'accident, le montant de l'indemnité journalière de l'assurance-accidents correspond à celui de l'indemnité journalière de l'AI perçue précédemment. C'est pourquoi l'indemnité journalière versée doit être extrapolée à 100 % pour le calcul du gain assuré.

Art. 132a, al. 2

Les modalités de calcul définies à l'art. 23, al. 6, OLAA s'appliquent aussi aux personnes qui n'ont droit ni à une indemnité journalière de l'AI, ni à une rente de l'AI.

Art. 132a, al. 3

L'office AI annonce l'accident à la CNA. Cette annonce comporte entre autres les informations requises sur le gain assuré.

Art. 132b

Art. 132b, al. 1

Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA qui n'ont droit ni à une indemnité journalière de l'AI, ni à une rente de l'AI, il est renvoyé au gain assuré défini à l'art. 132a, al. 2, P-OLAA pour le calcul des indemnités journalières.

Art. 132b, al. 2

Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA qui perçoivent une indemnité journalière de l'AI, le revenu tiré d'une activité lucrative sur lequel l'office AI s'est fondé pour calculer le montant des indemnités journalières est considéré comme gain assuré et sert de base au calcul des rentes.

Art. 132b, al. 3

Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA qui n'ont droit ni à une indemnité journalière de l'AI, ni à une rente de l'AI, il est renvoyé au gain assuré défini à l'art. 132a, al. 2, P-OLAA pour le calcul des rentes.

Art. 132c

Art. 132c, al. 1

Pour les salariés assurés obligatoirement, la prestation est fonction de la capacité de travail retrouvée (art. 25, al. 3, OLAA). Aucun échelonnement de la prestation n'est en revanche prévu pour l'AA AI. Le droit à une indemnité journalière de l'assurance-accidents s'éteint lorsque la mesure de l'AI est reprise ou aurait théoriquement pu être reprise, l'éventuel droit à une indemnité journalière de l'AI par la suite étant décidée selon les règles de l'AI.

Art. 132c, al. 2

Selon l'art. 17, al. 4, LAA, l'indemnité journalière de l'assurance-accidents correspond à l'indemnité journalière nette de l'AI. La prestation pour enfant au sens de l'art. 23^{bis} LAI doit donc être ajoutée à l'indemnité journalière de l'assurance-accidents.

Art. 132d

Dans l'assurance des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA, il y a lieu d'établir une distinction entre plusieurs groupes d'assurés, avec différentes modalités de calcul des primes.

Art. 132d, al. 1

Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA qui perçoivent une indemnité journalière de l'AI, les primes sont calculées en pour mille du gain assuré.

Art. 132d, al. 2

Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA qui perçoivent une rente de l'AI, les primes sont calculées en fonction du montant de la rente. Il convient ici de noter que l'assurance-accidents ne verse pas d'indemnité journalière, ce qui doit être pris en compte dans le calcul des primes.

Art. 132d, al. 3

Les personnes assurées ne sont pas tenues de payer des primes pour l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels. Le calcul des parts de primes à verser par les personnes assurées visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA occasionnerait en effet pour l'AI une charge administrative disproportionnée par rapport aux recettes et économies réalisées.

Art. 132d, al. 4

L'expérience acquise en matière de risques peut être prise en compte pour la fixation des primes. Les deux parties sont légitimées à demander la modification des taux de prime. Cette solution correspond à celle mise en œuvre pour l'assurance-accidents des chômeurs (AAC).

Art. 132d, al. 5

La modification des taux de primes requiert une nouvelle budgétisation des fonds soumis à la loi sur les subventions. C'est pourquoi un délai préalable à la décision est nécessaire. Cette solution correspond à celle mise en œuvre pour l'AAC.

Art. 132d, al. 6

L'art. 66a, al. 3, LAI précise que l'AI est tenue de mettre à la disposition de la CNA sous forme anonymisée les données personnelles requises pour l'analyse des risques. De son côté, la CNA doit tenir une statistique des risques, qui peut être utilisée pour le calcul des primes au titre de l'expérience acquise en matière de risques (cf. al. 4). Cette solution correspond à celle mise en œuvre pour l'AAC.

3.8 Ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité

Art. 120a

Le nouvel art. 120a OACI règle la procédure de décompte des coûts des indemnités journalières – y c. les cotisations aux assurances sociales et le coût des mesures du marché du travail – qui sont à la charge de l'AI, conformément à l'art. 94a LACI.

Art. 120a, al. 1

L'al. 1 dispose que l'assurance-chômage, par l'intermédiaire de son organe de compensation, fait valoir son droit au remboursement en présentant un décompte annuel, au mois de janvier de l'année suivante, des coûts à la charge du Fonds de compensation de l'AI à la CdC.

Art. 120a, al. 2

Le décompte doit contenir la liste des cas d'espèce avec au moins les informations concernant le montant à payer, le numéro AVS, le nombre de jours concernés, les charges sociales et les coûts des éventuelles mesures du marché du travail afin de pouvoir les comparer avec les données des rentes d'invalidité supprimées ou réduites.

Art. 120a, al. 3

L'organe de compensation de l'assurance-chômage communique à l'OFAS une copie du décompte visé à l'al. 1 au plus tard en même temps que la transmission à la CdC.

Art. 120a, al. 4

La CdC examine le décompte annuel détaillé transmis par l'organe de compensation de l'assurance-chômage et procède au remboursement. Le remboursement est comptabilisé sur un nouveau compte créé dans le Fonds AI.

3.9 Ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales

Art. 1

L'OIC est abrogée et remplacée par une ordonnance de département (OIC-DFI). Les critères d'admission d'une infirmité congénitale dans la liste des infirmités congénitales sont désormais réglés de manière détaillée au niveau du RAI (cf. art. 3, al. 1 à 4, 3^{bis} et 3^{ter}, P-RAI). Comme l'ordonnance, en tant qu'ordonnance du département, peut désormais être modifiée par le DFI, le DFI peut reconnaître de sa propre compétence en tant qu'infirmités congénitales au sens de l'AI des infirmités qui entraînent des coûts supérieurs à 3 millions de francs. Cela est possible d'office ou sur la base d'une demande qui peut être déposée par tout un chacun à l'aide d'un formulaire que l'OFAS met à disposition.

Art. 2

L'OIC-DFI doit entrer en vigueur en même que la modification du RAI, le (date d'adoption du nouveau RAI).

Annexe

La liste des infirmités congénitales figure à l'annexe de l'OIC-DFI. Les modifications de la liste sont expliquées en annexe du présent rapport sous forme de tableau.

4. Conséquences financières et effet sur l'état du personnel

Le chapitre qui suit précise dans quelle mesure les conséquences du présent projet de DC AI (dispositions d'exécution) sur les finances et le personnel diffèrent des conséquences exposées dans le cadre du projet de révision de la loi¹¹⁹.

4.1 Conséquences pour la Confédération

a) Conséquences financières

Puisque la contribution de la Confédération et les dépenses de l'AI sont dissociées, les fluctuations de dépenses de l'assurance n'ont pas de conséquences financières pour la Confédération.

Réductions individuelles des primes d'assurance-maladie

La Confédération verse des subsides pour la réduction individuelle des primes équivalant à 7,5 % des coûts bruts de l'AOS (art. 66, al. 2, LAMal). Selon le présent projet, elle réalisera moins d'économies que prévu sur cette contribution, à savoir moins d'un million de francs. C'est pourquoi les économies prévues dans l'AOS sont moins importantes qu'escompté : elles se chiffreront à 9 millions de francs (cf. chap. 3.3).

Commission extraparlamentaire d'assurance qualité des expertises médicales

La nouvelle commission extraparlamentaire créée par le Parlement pour garantir la qualité des expertises médicales sera rattachée au DFI et le service spécialisé (secrétariat, art. 8^{bis} OLOGA) chargé du suivi des activités de la commission sera assuré par l'OFAS, qui sera également chargé de son financement (art. 8e, al. 2, let. j et k OLOGA).

Étant donné les connaissances poussées dont devront disposer les futurs membres de la commission et le fait qu'elle sera amenée à prendre des décisions importantes dans le domaine de l'assurance qualité, elle doit être considérée comme une commission de type S2 au sens de l'art. 8n, al. 1, let. b, OLOGA. Ainsi, ses membres auront droit à une indemnité

¹¹⁹ Pour les conséquences sur l'AI, voir OFAS (2020) : *Conséquences financières (développement continu de l'AI) en 2030*. Disponible sur <https://www.parlament.ch/centers/documents/fr/finanzielle-auswirkungen-weiterentwicklung-iv-2030-f.pdf>

journalière de 400 francs. À raison de cinq à six séances par année, le coût total pour le dédommagement des membres s'élèvera donc à près de 35 000 francs.

Dans le cadre de son activité, la commission développera et étudiera également les aspects scientifiques de l'assurance qualité. En outre, elle examinera et évaluera les résultats d'expertises médicales afin de pouvoir se prononcer sur la qualité des expertises dans les assurances sociales. À cette fin, elle attribuera des mandats de recherche à des experts ou des instituts scientifiques externes. Ces mandats engendreront des coûts supplémentaires variables d'environ 100 000 francs par an.

b) Conséquences sur l'état du personnel

Les ressources en personnel prévues dans le message relatif au DC AI comprennent 6,3 EPT pour l'OFAS, les moyens correspondants ayant été approuvés par le Conseil fédéral dans le cadre de l'évaluation globale des ressources dans le domaine du personnel pour 2020 et inscrits au budget 2021 (3 EPT) ainsi que dans les plans financiers (6,3 EPT). Elles incluent également 2 EPT pour l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger, établi auprès de la CdC (ces EPT ont été inscrits par la CdC dans son budget 2022). Le total des postes (8,3 EPT) sont financés par le Fonds de compensation de l'AI et sont donc neutres en termes de coûts.

Outre les postes prévus au sein de l'administration fédérale dans le message relatif au DC AI, huit autres EPT seront nécessaires, d'après l'état actuel des connaissances du DFI. D'une part, quatre EPT, dont un limité à 2024, seront créés à l'OFSP pour le centre de compétences Médicaments. 0,25 EPT sera financé par des émoluments. Les frais occasionnés par ces postes et les dépenses de l'OFSP non couvertes par des émoluments seront pris en charge par le Fonds de compensation de l'AI et ne représenteront donc aucune charge supplémentaire pour la Confédération. D'autre part, le service spécialisé (secrétariat, art. 8^{bis} OLOGA) de la commission extraparlamentaire susmentionnée doit être rattaché administrativement à l'OFAS. Il élaborera des principes juridiques et médicaux en matière d'assurance pour la commission afin de garantir la qualité de l'expertise médicale, supervisera des évaluations de qualité et des études sur ces sujets et effectuera des contrôles spécifiques des centres d'expertise. Il est donc important que, comme la Commission, il puisse travailler de manière indépendante, tant sur le plan organisationnel que financier, et sans être influencé par des groupes d'intérêt. Compte tenu de la diversité des tâches et des besoins en spécialistes, il sera doté d'au moins quatre EPT. Les postes ne seront pas financés par le Fonds de compensation de l'AI.

Le besoin supplémentaire réel concernant la commission extraparlamentaire et le centre de compétences Médicaments ainsi que son financement seront réexaminés, puis soumis pour approbation au Conseil fédéral au moyen d'une demande de ressources.

Le tableau suivant donne un aperçu de tous les postes nécessaires :

	2021	2022	2023	2024
Besoins supplémentaires prévus dans le message relatif au DC AI				
OFAS (EPT inscrits au budget 2021 et dans les plans financiers)	3	6,3	6,3	6,3
CdC (EPT pas encore inscrits)	-	2	2	2
Estimation des besoins supplémentaires, pas encore inscrits				
Commission extraparlamentaire (OFAS)	-	4	4	4
Centre de compétences Médicaments (OFSP)	-	4	4	4
Total besoins supplémentaires EPT	3	16,3	16,3	16,3

4.2 Conséquences pour l'AI

a) Mesures du Développement continu de l'AI

Aperçu des conséquences

Le DC AI devrait être globalement neutre sur le plan des coûts. Selon la décision prise par le Parlement, les économies devraient atteindre près de 3 millions de francs en 2030 (état : budget 2020). La modification de l'ordonnance n'aura que très peu d'influence sur ce chiffre : les mesures prévues au niveau réglementaire permettront d'économiser environ 4 millions de francs en 2030 (cf. tableau).

Tableau : Conséquences financières pour l'AI en 2030

En millions de francs, aux prix de 2020

	État : décision du Parlement du 19.06.2020.	Écarts dus à la modification de l'ordonnance	Total
Mesures médicales	21	-21	0
Système de rentes	3	9	12
Autres mesures	-27	0	-27
Total (DC AI)	-3	-12	-15
Mesures sans lien avec le DC AI	0	11	11
Total (ensemble des mesures)	-3	-1	-4

Les écarts dus à la modification de l'ordonnance sont détaillés ci-après.

Mesures médicales

Les adaptations dans le domaine des mesures médicales seront dans l'ensemble neutres en termes de coûts. L'écart de 21 millions de francs par rapport à la décision du Parlement s'explique par les modifications d'ordonnances suivantes :

- La mise à jour de la liste des infirmités congénitales entraînera des coûts supplémentaires moins importants qu'escompté, à savoir 18 millions de francs au lieu d'environ 40, soit 22 millions de moins que prévu. Il s'agit toutefois d'une estimation, car certaines données statistiques manquent.
- Pour ce qui est des mesures médicales de réadaptation, on avait jusqu'ici estimé des coûts supplémentaires d'un montant de 5 millions de francs en raison du relèvement de la limite d'âge. Étant donné que l'exercice du droit à cette mesure sera précisé au niveau de l'ordonnance, il sera possible de compenser ce montant. Cela représente donc 5 millions de francs d'économies par rapport à la décision du Parlement.
- La mise en place d'un centre de compétences Médicaments financé par le Fonds de compensation de l'AI engendrera des coûts supplémentaires d'un peu plus d'un demi-million de francs.
- L'introduction de la gestion des cas pour les mesures médicales nécessite de renforcer les effectifs en créant 30 EPT dans les offices AI, ce qui entraînera des coûts supplémentaires d'environ 5 millions de francs.

Système de rentes

En raison de l'introduction du système de rentes linéaire, la réglementation sur l'évaluation de l'invalidité doit être entièrement remaniée. Avec la mise en parallèle systématique des revenus chez les salariés et la prise en compte des travaux habituels chez toutes les personnes travaillant à temps partiel, on peut s'attendre à ce que les rentes augmentent légèrement. En revanche, la prise en compte d'une formation professionnelle au sens de la loi fédérale du même nom lors de la fixation du revenu sans invalidité, la suppression de la possibilité de mise en parallèle des revenus chez les indépendants et la nouvelle déduction liée au travail à temps partiel, qui remplacera l'actuelle déduction liée à l'atteinte à la santé, devraient conduire à une légère baisse des rentes. Il n'est pas possible de déterminer avec

exactitude les conséquences financières de ces mesures ; toutefois, les deux montants devraient à peu près s'équilibrer.

La suppression des tranches d'âge pour le calcul du salaire médian chez les invalides de naissance ou précoces entraînera pour l'AI des coûts supplémentaires d'un peu plus d'un million de francs par an pour les nouvelles rentes. À cela s'ajoutent les coûts liés au transfert des rentes en cours, estimés à 6 millions de francs durant l'année du changement, et qui diminueront ensuite d'un million au cours de chaque année suivante. Les coûts supplémentaires engendrés par les nouvelles rentes et par l'effectif des rentes transféré s'élèveront à 7 millions de francs par année.

La prise en compte systématique des limitations dues à l'invalidité dans la détermination des capacités fonctionnelles représentera une charge supplémentaire pour le SMR. Dix à douze EPT seront donc nécessaires, ce qui engendrera une légère augmentation des coûts à hauteur d'environ 2 millions de francs par an.

Les modifications d'ordonnance dans le domaine du système de rentes correspondent ainsi à des coûts supplémentaires de 9 millions de francs par rapport à la décision du Parlement.

b) Mesures sans lien avec le Développement continu de l'AI

Frais d'administration

Les adaptations concernant les frais d'administration n'auront pas de conséquences financières.

Contribution d'assistance

Les coûts de l'augmentation du forfait de nuit s'élèveront à 10 millions de francs ; la flexibilisation des prestations de conseil, quant à elle, coûtera près d'un million de francs par an.

Frais de voyage

Les adaptations concernant les frais de voyage engendreront une légère augmentation des coûts.

4.3 Conséquences pour d'autres assurances sociales

Les économies réalisées dans l'AOS seront moins importantes que prévu ; elles se monteront à près de 9 millions de francs. Il y a plusieurs explications à cela : comme les travaux relatifs à la mise à jour de la liste des infirmités congénitales n'ont été réalisés qu'en vue de ce projet, il apparaît maintenant seulement qu'une partie des économies ne concernerait pas l'AOS, mais les cantons. En outre, les nouvelles réglementations concernant la liste des infirmités congénitales et les mesures médicales de réadaptation entraîneront peu d'économies pour l'AOS.

Pour les prestations complémentaires, les adaptations prévues en ce qui concerne l'évaluation de l'invalidité chez les invalides précoces donneront lieu à des économies d'environ 3 millions de francs.

4.4 Conséquences pour les cantons

Les conséquences de la mise à jour de la liste des infirmités congénitales n'ont pas été abordées dans le message relatif au DC AI, car les travaux prévus n'avaient pas encore été réalisés. Étant donné que les cantons contribuent à hauteur de 55 % aux coûts des mesures stationnaires, la nouvelle liste des infirmités congénitales leur permettra de réaliser des économies d'environ 9 millions de francs par an.

4.5 Résultat du *quick check* AIR

Le *quick check* effectué en vue d'une analyse d'impact de la réglementation (AIR) a montré que les mesures prévues au niveau de la loi et concrétisées dans les présentes ordonnances n'auraient aucun impact sur les entreprises et n'induiraient pas d'allègement administratif ou financier. Le projet n'a pas de conséquences particulières pour des branches spécifiques et ne crée pas d'obligations nouvelles ou plus contraignantes pour les entreprises. Il ne devrait avoir aucune influence sur l'économie. Les conséquences financières du projet ne diffèrent que légèrement de celles exposées dans le message relatif au DC AI. Il n'y a donc pas lieu d'effectuer une AIR approfondie.

Annexe

Tableau : Comparaison entre les versions actuelle et nouvelle de la liste des infirmités congénitales en annexe de l'OIC, avec commentaire

OIC actuelle	Nouvelle OIC-DFI	Commentaire
I. Peau		
101 Cicatrices cutanées congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire (voir aussi ch. 112)	101 Anomalies congénitales de la peau, y compris aplasies tégumentaires et syndromes des brides amniotiques, lorsque la correction ne peut être effectuée en une seule opération	<ul style="list-style-type: none"> • Cette infirmité congénitale (IC) a été complétée avec les affections relevant du ch. 112 en vigueur puisqu'il s'agit d'affections apparentées. • La limitation à plusieurs opérations garantit que seuls les cas graves relèvent de ce chiffre.
102 Ptérygion et syndactylies cutanées	102 Ptérygions	Les syndactylies complexes relèvent désormais du ch. 177.
103 Kystes dermoïdes congénitaux de l'orbite, de la racine du nez, du cou, du médiastin et de la région sacrée	103 Kyste dermoïde congénital avec extension orbitaire ou intracrânienne, lorsqu'une opération est nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> • En raison de leur localisation (extension orbitaire ou intracrânienne), les kystes dermoïdes décrits ici posent des difficultés lors de leur ablation. • Au vu de la spécificité des kystes dermoïdes orbitaires, les kystes dermoïdes sont saisis sous ce chiffre, bien qu'ils s'apparentent aux tératomes (ch. 486). • La nouvelle appellation de l'extension inclut et remplace les régions du corps citées jusqu'à présent.
104 Dysplasies ectodermiques	104 Dysplasies ectodermiques	Le chiffre est repris tel quel.
105 Maladies bulleuses congénitales de la peau (Epidermolyse bulleuse héréditaire, acrodermatite entéropathique et pemphigus chronique bénin familial)	105 Maladies bulleuses congénitales de la peau, comme épidermolyse bulleuse héréditaire, pemphigus chronique bénin familial,	<ul style="list-style-type: none"> • Afin de n'exclure aucune pathologie, « telles que » est rajouté au début de l'énumération. • Pour garantir qu'il s'agit vraiment de l'une des maladies décrites ici, une condition plus précise en lien avec la pose du diagnostic est rajoutée.

	lorsque le diagnostic a été confirmé histologiquement ou par examen génétique moléculaire	
107 Maladies ichthyosiformes congénitales et kératodermies palmo-plantaires héréditaires	107 Maladies ichthyosiformes congénitales et kératodermies palmo-plantaires congénitales	Le chiffre est repris tel quel.
109 Naevi congénitaux, lorsqu'ils présentent une dégénérescence maligne ou lorsqu'une simple excision n'est pas possible en raison de la grandeur ou de la localisation	109 Nævus congénital, lorsque plusieurs opérations ou un traitement au laser sont nécessaires à l'ablation	Du point de vue du contenu, la condition « plusieurs opérations ou un traitement au laser » correspond à la formulation en vigueur « une simple excision n'est pas possible en raison de la grandeur ou de la localisation ».
110 Mastocytoses cutanées congénitales (urticaire pigmentaire et mastocytose cutanée diffuse)	110 Mastocytoses cutanées congénitales (urticaire pigmentaire et mastocytose cutanée diffuse, à l'exclusion du mastocytome solitaire)	Exclusion du mastocytome solitaire puisqu'il peut être enlevé au moyen d'une seule opération et que, de ce fait, il ne satisfait pas les critères du nouvel art. 13, al. 2, LAI.
111 Xeroderma pigmentosum	111 Xeroderma pigmentosum	Le chiffre est repris tel quel.
112 Aplasies tégumentaires congénitales, lorsqu'une opération ou un traitement hospitalier est nécessaire		Cette maladie relève désormais du ch. 101.
113 Amastie congénitale et athélie congénitale		Ces malformations ne remplissent pas les critères du nouvel art. 13, al. 2, LAI puisqu'elles sont traitées par simple reconstruction chirurgicale ou tatouage. L'amastie ou l'athélie peuvent être provoquées par un syndrome de Poland, qui relève du ch. 190. Dans ce cas, leur traitement relève du ch. 190.

II. Squelette		
A. Affections systémiques du squelette		
121 Chondrodystrophie (par exemple: achondroplasie, hypochondroplasie, dysplasie épiphysaire multiple)	121 Chondrodystrophie, comme achondroplasie, hypochondroplasie, dysplasie épiphysaire multiple	Le chiffre est repris tel quel.
122 Enchondromatose	122 Hémihypertrophies/ hémiatrophies congénitales de la face et/ou du crâne, mais sans asymétries faciales progressives, comme hyperplasie hémimandibulaire, élongation hémimandibulaire, « hyperplasie condylienne »	<ul style="list-style-type: none"> • L'enchondromatose est désormais classée sous le ch. 124. • Les hémihypertrophies du crâne relèvent désormais du ch. 122. • Les asymétries faciales progressives exclues (telles que hyperplasie hémimandibulaire, élongation hémimandibulaire, hyperplasie condylienne), sont des troubles dus à une maladie. Dès lors, il faut partir du principe qu'il s'agit d'une maladie au sens de l'art. 17, let. f, ch. 3, de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, RS 832.112.31). Dans le même sens, il faut opérer une distinction entre les élongations du visage survenues pendant la puberté et les hémihypertrophies congénitales puisqu'il est difficile de déterminer s'il s'agit d'une IC ou d'une maladie.
123 Dysostoses congénitales	123 Dysostoses congénitales: 1. Craniosynostoses, lorsqu'une opération est nécessaire, et dysostoses craniofaciales 2. Dysostoses touchant principalement le squelette axial 3. Dysostoses touchant principalement les extrémités	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre est précisé. Le ch. 123 contient désormais également les craniosynostoses, qui relèvent du ch. 142 en vigueur. Elles ne sont toutefois considérées comme des IC qu'à condition qu'une opération soit nécessaire.
124 Exostoses cartilagineuses, lorsqu'une opération est nécessaire	124 Développement désorganisé d'éléments du squelette, comme exostoses cartilagineuses congénitales, dysplasie fibreuse, enchondromatose (à l'exclusion des	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre est adapté à la classification/terminologie en vigueur et est précisé. • L'enchondromatose (ch. 122) et la dysplasie fibreuse (ch. 128) relèvent désormais de ce chiffre puisque toutes deux appartiennent au même groupe de maladies. • Les tumeurs osseuses congénitales font également partie de cette catégorie.

	exostoses solitaires), tumeurs osseuses congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire	
125 Hémihypertrophies et autres asymétries corporelles congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire	125 Hémihypertrophies congénitales (à l'exclusion de la face ou du crâne), lorsqu'une opération est nécessaire	Ce chiffre ne contient que des asymétries graves ne touchant pas le crâne/visage. L'hémihypertrophie et l'hémiatrophie congénitales du visage relèvent désormais du ch. 122.
126 Osteogenesis imperfecta	126 Osteogenesis imperfecta et autres maladies congénitales faible masse osseuse	Le groupe nosologique a été étendu afin de ne pas exclure des maladies apparentées.
127 Ostéopétrose	127 Ostéopétrose et autres maladies congénitales sclérosantes, comme maladie de Pyle (dysplasie métaphysaire), maladie de Camurati-Engelmann	Le groupe nosologique a été étendu afin de ne pas exclure des maladies apparentées.
128 Dysplasie fibreuse		La dysplasie fibreuse relève désormais du ch. 124.
B. Malformations régionales du squelette		
a. Tête		
141 Lacunes congénitales du crâne	141 Lacunes congénitales du crâne, comme troubles de l'ossification, lorsqu'une opération est nécessaire	Ce chiffre fait avant tout référence aux troubles de l'ossification. Les défauts des tissus mous seuls n'entrent sous ce chiffre.
142 Craniosynostoses, lorsqu'une opération est nécessaire		Les craniosynostoses relèvent désormais du ch. 123.

143 Platybasie (impression basi-laire)		La platybasie correspond à une anomalie de la charnière craniocervicale, et elle est définie en tant qu'aplatissement de la base du crâne entraînant un angle de base formé par l'intersection entre le clivus et l'étage antérieur de la fosse crânienne supérieur à 135°. Or cette pathologie n'entraîne en règle générale aucun symptôme ni déficit neurologique ou fonctionnel. Pour cette raison, la platybasie est supprimée.
b. Colonne vertébrale		
151...		Comme ce chiffre n'a déjà actuellement aucun contenu, il est supprimé.
152 Malformations vertébrales congénitales (vertèbres très fortement cunéiformes, vertèbres soudées en bloc type Klippel-Feil, vertèbres aplasiques et vertèbres très fortement dysplasiques)	152 Malformations vertébrales congénitales (vertèbres très fortement cunéiformes, vertèbres soudées en bloc type Klippel-Feil, vertèbres aplasiques et vertèbres très fortement dysplasiques)	Dans le texte allemand, « Missbildung » est remplacé par le terme plus actuel « Fehlbildungen ».
c. Côtes, thorax et omoplates		
161 Côtes cervicales, lorsqu'une opération est nécessaire		Les côtes cervicales sont soignées par un seul traitement simple. L'existence de contrôles ultérieurs et, le cas échéant, d'une physiothérapie ne justifie pas le maintien de ce chiffre.
162 Fissure congénitale du sternum	162 Fissure congénitale du sternum	Le chiffre est repris tel quel.
163 Thorax en entonnoir, lorsqu'une opération est nécessaire	163 Thorax en entonnoir congénital et déformations congénitales combinées de la paroi thoracique, lorsqu'une opération est nécessaire	D'autres malformations du thorax relèvent désormais également de ce chiffre.

164 Thorax en carène, lorsqu'une opération ou une orthèse sont nécessaires		Le thorax en carène n'a pas de conséquences sur la santé. Lorsqu'elle est traitée, c'est par une opération simple et unique.
165 Scapula alata congenita et déformation de Sprengel	165 Anomalie de Sprengel	Le décollement de l'omoplate (scapula alata) est supprimé car il constitue la plupart du temps un symptôme d'une autre maladie (par ex. paralysie des muscles).
166 Torsion congénitale du sternum, lorsqu'une opération est nécessaire		La torsion congénitale du sternum relève désormais du ch. 163 car elle est la plupart du temps liée à des déformations de la cage thoracique.
167 Déformations congénitales latérales de la paroi thoracique, lorsqu'une opération est nécessaire		Les déformations latérales du thorax seules sont très rares et n'ont pas valeur de maladie. C'est uniquement lorsqu'elles sont associées à d'autres malformations qu'elles ont une signification clinique. Pour cette raison, ce chiffre est inclus dans le ch. 163.
d. Membres		
170 Coxa vara congénitale, lorsqu'une opération est nécessaire		En règle générale, la coxa vara est traitée avec une seule opération simple ainsi qu'avec des contrôles ultérieurs. Même si, dans certains cas, d'autres opérations sont nécessaires, ce chiffre ne remplit pas les critères du nouvel art. 13, al. 2, LAI, raison pour laquelle il est biffé.
171 Coxa antetorta ou retortorta congénitale, lorsqu'une opération est nécessaire		En règle générale, des déviations axiales de ce genre n'ont pas valeur de maladie. Elles se corrigent souvent d'elles-mêmes avant la fin de la croissance. Dès lors, une thérapie n'est nécessaire que dans quelques cas. Il s'agit d'une opération simple qui n'a de sens qu'en présence de douleurs manifestes, ce qui n'est que rarement le cas. Partant, le chiffre ne remplit pas les critères du nouvel art. 13 LAI, raison pour laquelle il est biffé.
172 Pseudarthroses congénitales des extrémités	172 Pseudarthroses congénitales, y compris pseudarthroses dues à une coxa vara congénitale, lorsqu'une opération est nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> Bien que des pseudoarthroses du tibia soient les plus fréquentes, le tibia n'est pas spécifiquement mentionné parce que des pseudoarthroses peuvent aussi toucher d'autres os des membres (par ex. ulna). En outre, les pseudoarthroses de la clavicule sont exclues de ce chiffre parce que la clavicule ne fait pas partie des membres.

		<ul style="list-style-type: none"> • Puisque toutes les pseudoarthroses ne nécessitent pas un traitement, le critère de la nécessité d'une opération est requis.
174...		Comme ce chiffre n'a déjà actuellement aucun contenu, il est supprimé.
176 Amélies, dysmélies et phocomélies		Toutes les malformations des membres relèvent désormais du ch. 177.
177 Autres défauts congénitaux et malformations congénitales des extrémités, lorsqu'une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré sont nécessaires	177 Défauts et malformations congénitaux osseux des extrémités, comme amélie, phocomélie, dysmélie, syndactylie complexe complète, lorsque plusieurs opérations, des traitements par plâtres répétés ou un appareillage sont nécessaires	Puisque le titre a repris les malformations du ch. 176 en vigueur et a été étendu, les indications des critères servent d'indicateur du degré de gravité.
178 Torsion tibiale interne et externe, lorsque l'enfant a quatre ans révolus et pour autant qu'une opération soit nécessaire		Les torsions de ce genre n'ont pas valeur de maladie. En outre, elles sont soignées avec un traitement chirurgical simple qui présente un caractère préventif.
III. Articulations, muscles et tendons		
180 Pied adductus ou pied metatarsus varus congénital, lorsqu'une opération est nécessaire	180 Déformations congénitales des pieds, comme pied en Z, talus vertical, lorsqu'une opération, un appareillage ou des traitements par plâtres répétés sont nécessaires, à l'exclusion du pied bot congénital (pied varus équin congénital, ch. 182)	La nécessité d'une opération, d'un appareillage ainsi que de traitements par plâtres répétés sert d'indicateur du degré de gravité. Un seul plâtrage, qui dure généralement trois mois environ, n'est pas suffisant pour satisfaire aux critères du nouvel art. 13, al. 2, LAI. C'est pourquoi les critères sont désormais cumulatifs.

181 Arthromyodysplasie congénitale (arthrogrypose)	181 Arthrogrypose	La terminologie a été actualisée.
182 Pied varus équin congénital	182 Pied varus équin congénital	Le chiffre est repris tel quel.
183 Luxation congénitale de la hanche et dysplasie congénitale de la hanche	183 Dysplasie congénitale de la hanche et luxation congénitale de la hanche, lorsqu'un appareillage ou une opération est nécessaire	Un degré de gravité est désormais requis. Les dysplasies légères (jusqu'au grade IIc) sont traitées avec une culotte d'abduction et non avec un traitement complexe ; elles ne correspondent à aucun trouble grave et ne remplissent dès lors pas les critères du nouvel art. 13, al. 2, LAI.
184 Dystrophie musculaire progressive et autres myopathies congénitales	184 Myopathies congénitales et myasthénie congénitale (« syndrome myasthénique congénital »)	Le titre a fait l'objet d'une généralisation et contient désormais le syndrome myasthénique et l'adynamie épisodique héréditaire (ch. 192 en vigueur).
185 Myasthénie grave congénitale		La myasthénie grave congénitale relève désormais du ch. 184.
188 Torticolis congénital, lorsqu'une opération est nécessaire		<ul style="list-style-type: none"> • La plupart du temps, les torticolis ne sont dus qu'à des contractures musculaires. Une lésion ou un raccourcissement du muscle sterno-cléido-mastoïdien peut être soignée par des mesures physiothérapeutiques ou chiropratiques. • Si un torticolis survient en lien avec une malformation, il relèvera du chiffre de cette dernière (par ex. ch. 125).
189 Myosite ossifiante progressive congénitale	189 Fibrodysplasie ossifiante progressive (FOP)	Le chiffre a été adapté à la terminologie actuelle.
190 Aplasie et très forte hypoplasie de muscles striés	190 Aplasie et sévère hypoplasie de muscles squelettiques, lorsqu'il y a limitation fonctionnelle	Cette IC a été complétée avec la condition relative à une limitation fonctionnelle parce qu'à lui seul, un sous-développement de muscles sans limitation fonctionnelle n'a pas valeur de maladie et, par conséquent, ne remplit pas les conditions du nouvel art. 13 LAI. Le syndrome de Poland relève de ce chiffre.
191 Ténosynovite sténosante congénitale		La ténosynovite sténosante congénitale ne remplit pas les critères du nouvel art. 13, al. 2, LAI parce qu'elle peut être soignée avec une seule opération

		(chirurgie ambulatoire). En outre, aucun traitement ultérieur spécifique n'est nécessaire.
192 Adynamie épisodique héréditaire		Cette IC relève désormais du ch. 184.
193 Pied plat congénital, lorsqu'une opération ou un traitement par appareil plâtré sont nécessaires		Les pieds plats congénitaux relèvent désormais du ch. 180.
194 Luxation congénitale du genou, lorsqu'une opération, un appareillage ou un traitement par appareil plâtré sont nécessaires	194 Luxations congénitales (sauf hanche), lorsqu'une opération, un appareillage ou un plâtre est nécessaire. À l'exclusion de la luxation congénitale de la hanche (ch. 183)	<ul style="list-style-type: none"> • Ce chiffre a été étendu à toutes les articulations (à l'exclusion de la hanche). • Une luxation de l'articulation de la hanche relève désormais du ch. 183.
195 Luxation congénitale de la rotule, lorsqu'une opération est nécessaire	195 Maladies congénitales non inflammatoires des articulations (telles que fibromatose hyaline, dysplasie pseudorhumatoïde progressive [DPP])	<ul style="list-style-type: none"> • D'une part, la luxation congénitale de la rotule n'est pas grave et, d'autre part, elle survient la plupart du temps en lien avec une autre affection. En outre, elle est traitée avec une seule opération simple. C'est pourquoi elle a été biffée. • Ce chiffre couvre désormais les maladies congénitales non inflammatoires des articulations. Il faut tenir compte du fait qu'il existe plus de 500 affections squelettiques génétiques rares qui sont subdivisées en 42 groupes de maladie. La DPP appartient au groupe 31, qui inclut d'autres maladies comme le syndrome CINCA (angl. et all. NOMID).
IV. Face		
Lorsque la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'une analyse céphalométrique (ch. 208, 209 et 210), les prestations de l'AI ne débutent qu'au moment où les conditions céphalométriques sont remplies.		
201 Cheilo-gnatho-palatoschisis (fissure labiale, maxillaire, division palatine)	201 Fente labiale, maxillaire, palatine	Seule la terminologie en français a été conservée.

202 Fissures faciales, médianes, obliques et transverses congénitales	202 Fentes faciales médianes, obliques et transversales	Le chiffre est repris tel quel.
203 Fistules congénitales du nez et des lèvres	203 Fentes nasales congénitales, fistules congénitales du nez et des lèvres	Les fentes nasales ont été ajoutées parce qu'elles ne figuraient pas encore en tant que telles dans la liste des IC.
204 Proboscis lateralis	204 Proboscis lateralis	Le chiffre est repris tel quel.
205 Dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins 12 dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteintes. En cas d'odontodysplasie (ghost teeth), il suffit qu'au moins deux dents dans un quadrant soient atteintes	205 Dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins 12 dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteintes. En cas d'odontodysplasie (dents fantômes), il suffit qu'au moins deux dents dans un quadrant soient atteintes. Le diagnostic doit être contrôlé par un représentant de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO) reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.	A été ajoutée la condition selon laquelle le diagnostic doit être contrôlé par un représentant – accrédité par l'AI – de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO) ou de l'une de ses sociétés spécialisées. La SSO connaît des personnes compétentes, qu'elles soient universitaires ou extra-universitaires, raison pour laquelle elle devrait être chargée de l'accréditation. Le contrôle par principe des demandes relevant de ce chiffre devrait couvrir un pourcentage non négligeable de demandes erronées relatives à des défauts dentaires acquis : outre des contextes « idiopathiques » relativement fréquents, mais aussi troubles du développement des dents en liens avec des conséquences de maladies du métabolisme ou de traitements médicamenteux des IC graves lors de la petite enfance. Du fait de leur lien de causalité étroit avec l'affection de base, ces troubles feront l'objet d'un remboursement via les chiffres correspondants. .
206 Anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire à l'exclusion des dents de sagesse	206 Anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire (les dents de sagesse ne sont pas prises en compte)	Aucune adaptation matérielle. La terminologie a été actualisée.

<p>207 Hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessitent un traitement au moyen d'appareils</p>	<p>207 Hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents permanentes surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessite un traitement au moyen d'appareils. Les odontomes ne sont pas considérés comme des dents surnuméraires.</p>	<p>Le degré de gravité du problème ne dépend pas du nombre de dents en trop. Pour cette raison, les offices AI prélèvent des échantillons : pour chaque dixième ou vingtième demande relevant du ch. 207, des photos de la bouche et des radiographies sont exigées et transmises pour contrôle au secrétariat de la commission d'assurances de la Société suisse d'orthopédie dento-faciale (SSODF). Cette procédure s'explique par le fait que des réflexions relevant de l'orthopédie dento-faciale jouent un rôle dans l'évaluation de la nécessité d'un traitement.</p>
<p>208 Micromandibulie congénitale, lorsqu'elle entraîne au cours de la première année de la vie des troubles de la déglutition et de la respiration nécessitant un traitement ou lorsque l'appréciation céphalométrique après l'apparition des incisives définitives montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de 9 degrés et plus (respectivement par un angle ANB d'au moins 7 degrés combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés) ou lorsque les dents permanentes, à l'exclusion des dents de sagesse, présentent une non occlusion d'au moins trois paires de dents antagonistes dans les segments latéraux par moitié de mâchoire</p>	<p>208 Micromandibulie congénitale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lorsque des troubles de la déglutition et/ou de la respiration nécessitant un traitement sont diagnostiqués au cours de la première année de vie, ou 2. lorsque, en cas de trouble de l'occlusion, l'analyse céphalométrique après l'apparition des incisives permanentes montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins 9 degrés ou par un angle ANB d'au moins 7 degrés combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés, ou lorsque les dents permanentes (sans les dents de sagesse) présentent une non-occlusion buccale d'au moins trois paires de dents antagonistes dans les segments latéraux par moitié 	<ul style="list-style-type: none"> • Un examen d'orthopédie dento-faciale reste requis. Il est pratiqué par les médecins-dentistes spécialistes en orthodontie reconnus par l'AI et figurant dans la liste des spécialistes du site web de la SSO (https://www.sso.ch/fr/medecins-dentistes/assurance-invalidite.html). • Le diagnostic orthopédique dento-facial (analyse céphalométrique) est contrôlé par prélèvement d'échantillons. L'office AI exige la transmission de l'original de la téléradiographie et le transmet au secrétariat de la commission d'assurances de la SSODF afin que celui-ci procède aux mesures ultérieures. • La terminologie a été adaptée.

	de mâchoire. Le diagnostic doit être posé par un médecin dentiste spécialiste en orthodontie reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.	
209 Mordex apertus congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 40° et plus (respectivement de 37 degrés au moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus). Mordex clausus congénital, lorsqu'il entraîne une supraclusie après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillobasal de 12° et moins (respectivement de 15 degrés et moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus)	209 Mordex apertus congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'analyse céphalométrique montre un angle maxillo-basal d'au moins 40 degrés (ou d'au moins 37 degrés combiné à un angle ANB d'au moins 7 degrés). Mordex clausus congénital, lorsqu'il entraîne une supraclusie après éruption des incisives permanentes et que l'analyse céphalométrique montre un angle maxillo-basal d'au plus 12 degrés (ou de 15 degrés au plus combiné à un angle ANB d'au moins 7 degrés). Le diagnostic doit être posé par un médecin dentiste spécialiste en orthodontie reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.	Voir les explications sous le ch. 208
210 Prognathie inférieure congénitale, lorsque l'appréciation céphalométrique après l'apparition des incisives définitives montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle	210 Prognathie inférieure congénitale, lorsque l'analyse céphalométrique après éruption des incisives permanentes montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle	Voir les explications sous le ch. 208

ANB d'au moins -1 degré et qu'au moins deux paires antagonistes antérieures de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout, ou lorsqu'il existe une divergence de +1 degré et moins combinée à un angle maxillobasal de 37 degrés et plus, ou de 15 degrés et moins	ANB d'au moins - 1 degré et qu'au moins deux paires antagonistes antérieures de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout, ou lorsqu'il existe une divergence de +1 degré au plus combinée à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés, ou de 15 degrés au plus. Le diagnostic doit être posé par un médecin dentiste spécialiste en orthodontie reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.	
211 Epulis du nouveau-né		L'epulis est une pseudo-tumeur. Elle est traitée au moyen d'une seule opération simple et ne remplit donc pas les critères du nouvel art. 13 LAI.
212 Atrésie des choanes (uni- ou bilatérale)	212 Atrésie des choanes (unilatérale ou bilatérale)	Le chiffre est repris tel quel.
213 Glossoschisis		Une langue bifide est corrigée par une seule opération simple et, de ce fait, ne remplit pas les critères du nouvel art. 13 LAI.
214 Macroglossie et microglossie congénitales, lorsqu'une opération de la langue est nécessaire	214 Macroglossie et microglossie congénitales, lorsqu'une opération de la langue est nécessaire. Une opération est nécessaire: <ol style="list-style-type: none"> 1. lorsque l'hypertrophie de la langue provoque des troubles de la respiration ou de la déglutition chez le nourrisson, 2. en cas de troubles du langage, lorsqu'ils sont liés à la grosseur de la langue et que ce 	Des conditions plus précises sont indiquées afin de garantir, d'une part, la qualité et, d'autre part, l'exactitude de la pose de l'indication.

	<p>lien est confirmé avant l'opération au moyen d'une expertise médicale menée par un médecin oto-rhino-laryngologiste spécialiste en phoniatrie, ou</p> <p>3. en cas de troubles de l'occlusion, lorsqu'ils sont liés à la taille de la langue et que ce lien est confirmé avant l'opération au moyen d'une expertise médicale menée par un médecin dentiste reconnu par l'AI pour les examens orthodontiques.</p>	
215 Kystes congénitaux et tumeurs congénitales de la langue		Des kystes et des tumeurs de ce genre sont traités par une seule opération simple et, de ce fait, ne remplissent pas les critères du nouvel art. 13 LAI.
216 Affections congénitales des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs (fistules, sténoses, kystes, tumeurs, ectasies et hypoplasies de toutes les glandes salivaires importantes)	216 Affections congénitales des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs (fistules, sténoses, kystes, tumeurs, ectasies et hypoplasies ou aplasies de toutes les grosses glandes salivaires)	Le chiffre est repris tel quel.
218 Rétention ou ankylose congénitale des dents, lorsque plusieurs molaires ou au moins deux prémolaires ou molaires de la seconde dentition placées l'une à côté de l'autre (à exclusion des dents de sagesse) sont touchées, l'absence de	218 Rétention ou ankylose congénitale des dents, lorsque plusieurs molaires ou au moins deux prémolaires ou molaires juxtaposées (sans les dents de sagesse) de la seconde dentition sont touchées; l'absence de dents est traitée de la même manière que la rétention et	La terminologie a été adaptée. Un examen d'orthopédie dento-faciale reste requis. Il est pratiqué par les médecins-dentistes spécialistes en orthodontie reconnus par l'AI et figurant dans la liste de spécialistes du site web de la SSO (https://www.sso.ch/fr/medecins-dentistes/assurance-invalidite.html) ou par des instituts universitaires suisses de médecine dentaire.

dents (à l'exclusion des dents de sagesse) est traitée de la même manière que la rétention ou l'ankylose	l'ankylose (sans les dents de sagesse). Le diagnostic doit être posé par un médecin dentiste spécialiste en orthodontie reconnu par l'AI pour cet examen spécifique	
V. Cou		
231 Goitre congénital		Ce chiffre est biffé parce que cette maladie n'existe pratiquement plus. En outre, elle est soignée au moyen d'un traitement médicamenteux simple.
232 Kystes congénitaux du cou, fistules et fentes cervicales congénitales et tumeurs congénitales (cartilage de Reichert)	232 Kystes congénitaux, fistules congénitales, fentes cervicales et tumeurs congénitales du cou (cartilage de Reichert) lorsque plusieurs opérations sont nécessaires	Les malformations décrites ici ne sont considérées comme des IC au sens du nouvel art. 13 LAI que si plusieurs opérations sont nécessaires. Si une seule intervention chirurgicale est nécessaire pour le traitement, les critères de définition requis pour qu'on ait affaire à une IC ne sont pas remplis.
VI. Poumons		
241 Bronchectasies congénitales	241 Malformations congénitales des bronches, comme bronchomalacie, sténose bronchique, aplasie ou dysplasie du cartilage bronchique, bronchectasies congénitales, kystes bronchogéniques	Le titre a été étendu à d'autres malformations ou maladies.
242 Emphysème lobaire congénital	242 Emphysème lobaire congénital	Le chiffre est repris tel quel.
243 Agénésie partielle et hypoplasie des poumons	243 Agénésie congénitale partielle ou hypoplasie congénitale des poumons	Le titre a été précisé.
244 Kystes congénitaux et tumeurs congénitales des poumons	244 Tumeurs congénitales des poumons	Les kystes pulmonaires relèvent désormais du ch. 245.

245 Séquestration pulmonaire congénitale	245 Séquestration pulmonaire congénitale et maladie adénoïde kystique du poumon (MAKP), lorsqu'un traitement interventionnel (par ex. chirurgie) est nécessaire	Le titre a été étendu et contient désormais des malformations complexes qui requièrent une observation et un traitement, y compris les kystes pulmonaires (ch. 244 en vigueur). La condition relative à la nécessité d'une thérapie interventionnelle a été ajoutée afin de garantir que seuls les cas graves relèvent de ce chiffre.
247 Syndrome des membranes hyalines	247 Dysplasies bronchopulmonaires (DBP) modérées et sévères, lorsqu'un traitement (médicamenteux, par supplémentation en oxygène, par assistance respiratoire) est nécessaire	Le syndrome des membranes hyalines, ou syndrome de détresse respiratoire (SDR) du nouveau-né, est un trouble aigu de la fonction pulmonaire qui, de ce fait, ne satisfait pas aux critères du nouvel art. 13 LAI. En revanche, les dysplasies broncho-pulmonaires (DBP), des complications à long terme fréquemment liées au SDR, sont ajoutées à la liste des IC. La classification des DBP est prévue au niveau de la circulaire.
248 Syndrome de Mikity – Wilson		En néonatalogie, on ne pose quasiment plus ce diagnostic puisque ce syndrome correspond en fait à une dysplasie broncho-pulmonaire (ch. 247). Ce chiffre est donc biffé.
249 Dyskinésie primaire des cils immobiles (lorsque l'examen au microscope électronique est exécuté en dehors d'une période d'infection)	249 Dyskinésie ciliaire primitive, lorsque le diagnostic a été confirmé histologiquement ou par examen génétique moléculaire	Le titre a été adapté afin de refléter le niveau actuel des connaissances scientifiques.
VII. Voies respiratoires		
251 Malformations congénitales du larynx et de la trachée	251 Malformations congénitales du larynx et de la trachée, comme sténose trachéale congénitale, fistules et fentes trachéo-laryngo-œsophagienne	Le titre a été adapté afin de refléter le niveau actuel des connaissances scientifiques, et il a été complété avec des malformations supplémentaires.
	252 Laryngomalacie et trachéomalacie, lorsqu'une ventilation mécanique à domicile (CPAP, BiPAP ou similaire) ou une intervention chirurgicale est nécessaire	Les laryngomalacielles et des trachéomalacielles ne sont pas des malformations à proprement parler, raison pour laquelle un chiffre séparé a été créé pour ces maladies. Ces IC ayant une certaine tendance à la guérison spontanée, et afin que seuls les cas graves soient saisis, elles ont été mises en lien avec la nécessité d'une ventilation à domicile ou d'une intervention chirurgicale.

VIII. Médiastin		
261 Tumeurs congénitales et kystes congénitaux du médiastin	261 Tumeurs congénitales et kystes congénitaux du médiastin, lorsqu'une opération est nécessaire	A été ajoutée la mention de la nécessité d'une opération afin de garantir que seuls les cas graves relèvent de ce chiffre.
IX. Œsophage, estomac et intestin		
271 Atrésie et sténose congénitales de l'œsophage et fistule œsophago-trachéale	271 Atrésie et sténose congénitales de l'œsophage et fistule œsotrachéale	Le chiffre est repris tel quel.
272 Mégaoesophage congénital	272 Mégaoesophage congénital	Le chiffre est repris tel quel.
273 Sténose hypertrophique du pylore		Cette malformation est corrigée par une seule opération simple et, pour cette raison, n'est pas conforme aux critères du nouvel art. 13 LAI.
274 Atrésie et sténose congénitales de l'estomac, de l'intestin, du rectum ou de l'anus	274 Sténose et atrésie congénitales de l'estomac, de l'intestin, du rectum et de l'anus	Le chiffre est repris tel quel.
275 Kystes, tumeurs, duplicatures et diverticules congénitaux du tube digestif	275 Kystes et diverticules congénitaux et tumeurs et duplications congénitales de l'intestin, lorsqu'une opération est nécessaire	La localisation a été précisée d'après le chapitre ; la nécessité d'une opération a été ajoutée afin de garantir que seuls les cas graves relèvent de ce chiffre.
276 Anomalies du situs intestinal, à l'exclusion du caecum mobile	276 Anomalies du situs intestinal (y c. volvulus), sauf cæcum mobile	Le titre est complété avec le volvulus.
277 Iléus du nouveau-né		La plupart du temps, l'iléus du nouveau-né n'est en lui-même pas une maladie, mais un symptôme d'autres maladies ou IC, comme la fibrose kystique (ch. 459). C'est pourquoi les occlusions intestinales relèvent du chiffre de l'affection de base correspondante.

278 Aganglionose et anomalies des cellules ganglionnaires du gros intestin ou de l'intestin grêle	278 Aganglionose et anomalies des cellules ganglionnaires du gros intestin ou de l'intestin grêle, y compris pseudo-obstruction intestinale chronique (POIC) primitive	Le titre est précisé et étendu.
279 Cœliakie consécutive à l'intolérance congénitale à la gliadine		Cette maladie est une prédisposition génétique. La maladie cœliaque n'est pas congénitale et ne remplit donc pas les critères du nouvel art. 13 LAI.
280 Reflux gastro-œsophagien congénital, lorsqu'une opération est nécessaire		Le reflux en tant qu'IC isolée est biffé. Il est traité avec une seule opération simple. Les autres maladies, ou le reflux s'il est une conséquence d'une autre maladie (par ex. paralysie cérébrale), relèvent du chiffre correspondant.
281 Malformations congénitales du diaphragme	281 Malformations congénitales du diaphragme	La terminologie a été actualisée.
282 Entérocolite nécrosante des prématurés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes ou des nouveau-nés, lorsqu'elle se manifeste dans les quatre semaines après la naissance.	282 Entérocolite nécrosante des nouveau-nés, lorsqu'une intervention chirurgicale (drainage, laparotomie) est nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> • Seule l'entérocolite nécrosante (ECN) nécessitant un traitement chirurgical est considérée comme une IC. • Les suspicions d'ECN nécessitant un traitement par antibiotiques ou un jeûne, la maladie n'est pas considérée comme une IC. • L'indication du poids à la naissance est supprimée. Bien qu'une ECN survienne notamment chez les grands prématurés (poids à la naissance inférieur à 1500 grammes), cette maladie peut aussi toucher d'autres nouveau-nés, raison pour laquelle le renvoi au poids à la naissance a été biffé.
X. Foie, voies biliaires et pancréas		
291 Atrésie et hypoplasie des voies biliaires	291 Atrésie et hypoplasie des voies biliaires	Le chiffre est repris tel quel.
292 Kyste congénital du cholédoque	292 Autres malformations congénitales des voies biliaires, lorsqu'une intervention chirurgicale est nécessaire	Le titre est étendu. La nécessité d'une opération est ajoutée afin de garantir que seuls les cas graves relèvent de ce chiffre.

293 Kystes congénitaux du foie		Lorsque des kystes hépatiques doivent être opérés, une seule opération simple suffit.
294 Fibrose congénitale du foie	294 Fibrose congénitale du foie	Le chiffre est repris tel quel.
295 Tumeurs congénitales du foie	295 Tumeurs congénitales du foie	Le chiffre est repris tel quel.
296 Malformations congénitales et kystes congénitaux du pancréas	296 Malformations congénitales et kystes congénitaux du pancréas	La terminologie a été actualisée.
XI. Paroi abdominale		
302 Omphalocèle et laparoschisis	302 Omphalocèle et laparoschisis	Le chiffre est repris tel quel.
303 Hernie inguinale latérale		Les hernies inguinales congénitales sont traitées au moyen d'une seule opération et ne remplissent donc pas les critères du nouvel art. 13 LAI.
XII. Cœur, système vasculaire et système lymphatique		
311 Hémangiome caverneux ou tubéreux	311 Hémangiome congénital, lorsqu'un traitement complexe (plusieurs traitements au laser, cryothérapies ou opérations avec ou sans traitement médicamenteux préalable) est nécessaire	Le titre est complété par la nécessité du recours à des traitements complexes afin de garantir que seuls les cas graves relèvent de ce chiffre.
312 Lymphangiome congénital, lymphangiectasie congénitale	312 Lymphangiome congénital, malformations lymphatiques congénitales	Le titre a été élargi et adapté en langage courant.
313 Malformations congénitales du cœur et des vaisseaux	313 Malformations congénitales du cœur et des vaisseaux, lorsqu'un traitement (par ex. médicamenteux, interventionnel par cathéter ou chirurgical) ou que des	La terminologie a été actualisée, et le titre a été précisé de telle sorte que ces malformations doivent nécessiter une thérapie ou des contrôles.

	contrôles médicaux spécialisés sont régulièrement nécessaires	
314 Lymphangiectasie intestinale congénitale	314 Cardiomyopathies et arythmies congénitales, lorsqu'un traitement (médicamenteux, interventionnel par cathéter ou chirurgical) est nécessaire	Les lymphangiectasies intestinales relèvent du ch. 312. Les cardiomyopathies et les arythmies relèvent désormais de ce chiffre.
	315 Angio-œdème héréditaire, lorsque le diagnostic est confirmé par examen génétique moléculaire	Les angio-œdèmes héréditaires concernent le système vasculaire, raison pour laquelle ils sont transférés du ch. 327 au nouveau ch. 315. Le diagnostic doit être confirmé par la génétique moléculaire.
XIII. Sang, rate et système réticulo-endothélial		
321 Anémies, leucopénies et thrombocytopénies du nouveau-né		Ce chiffre très peu spécifique et lié à une marge d'interprétation importante est biffé. Les formes congénitales de ces maladies du sang sont déjà saisies sous les ch. 322 à 324 et 326.
322 Anémies congénitales hypoplastiques ou aplastiques, leucopénies et thrombocytopénies congénitales	322 Anémies congénitales hypoplastiques ou arégénératives, leucopénies et thrombopénies congénitales	Le chiffre est repris tel quel.
323 Anémies hémolytiques congénitales (affections des érythrocytes, des enzymes ou de l'hémoglobine)	323 Anémies hémolytiques congénitales (affections des érythrocytes, des enzymes ou de l'hémoglobine)	Le chiffre est repris tel quel.
324 Coagulopathies et thrombocytopathies congénitales (hémophilie et autres anomalies des facteurs de coagulation)	324 Coagulopathies et thrombocytopathies congénitales (hémophilie et autres défauts des facteurs de coagulation)	Le chiffre est repris tel quel.

325 Hyperbilirubinémie du nouveau-né de causes diverses, lorsqu'une exsanguino-transfusion a été nécessaire		L'hyperbilirubinémie du nouveau-né est un état qui requiert un traitement simple. En outre, cette pathologie ne se rencontre plus guère aujourd'hui.
326 Syndrome congénital de déficience immunitaire (IDS)	326 Immunodéficiences congénitales, lorsqu'un traitement est nécessaire	Le titre a été reformulé et « étendu » puisque ce groupe de maladies inclut des affections multiples. La nécessité d'une thérapie a été indiquée afin de garantir que seuls les cas graves relèvent de ce chiffre.
327 Angio-oedème héréditaire		Les angio-œdèmes héréditaires relèvent du nouveau ch. 315 puisqu'il s'agit d'affections impliquant un trouble du système vasculaire.
329 Leucémie du nouveau-né	329 Leucémies congénitales	Le titre a été adapté puisque, du point de vue oncologique, ce qu'on appelle les leucémies infantiles surviennent généralement avant l'âge de 12 mois. Ces dernières sont congénitales.
330 Histiocytoses (granulome éosinophilique, maladies de Hand – Schüller – Christian et de Letterer – Siwe)	330 Histiocytoses congénitales	Le titre a été adapté à la terminologie actuelle.
331 Polyglobulie congénitale, lorsqu'une soustraction thérapeutique de sang (saignée) avec remplacement par du plasma a été nécessaire		Ce chiffre porte sur un terme obsolète. De nos jours, on parle de polycythémie. Ce terme peut être l'expression d'autres affections de base et ne doit donc pas figurer dans la liste en tant qu'IC spécifique.
333 Malformations congénitales et ectopies de la rate		Les malformations et les ectopies de la rate sont insignifiantes puisqu'elles n'ont aucune conséquence sur l'état de santé. De plus, la plupart du temps, elles sont découvertes par hasard.
XIV. Appareil uro-génital		
341 Glomérulopathies et tubulopathies congénitales	341 Glomérulopathies et tubulopathies congénitales	Le titre a été adapté.

342 Malformations du rein, dédoublements et altérations congénitales des reins, y compris l'hypoplasie, l'agénésie et la dystopie	342 Hypodysplasies, dysplasies et malformations des reins	Le titre a été actualisé.
343 Tumeurs congénitales et kystes congénitaux des reins	343 Tumeurs congénitales et kystes congénitaux des reins (sauf kystes rénaux solitaires simples), lorsqu'une opération ou un traitement médicamenteux est nécessaire	Le titre a été adapté en excluant les kystes solitaires simples sans importance (qui n'ont besoin d'aucun traitement). La nécessité d'un besoin de traitement a été ajoutée.
344 Hydronéphrose congénitale		Ce chiffre a été biffé parce que l'hydronéphrose est une conséquence d'autres maladies qui relèvent d'autres chiffres, par exemple de malformations de l'uretère (ch. 345).
345 Malformations urétérales congénitales (sténoses, atrésies, urétérocèle, dystopies et mégaluretère)	345 Malformations congénitales de l'uretère, comme sténoses des méats, atrésies, ectopies des méats, urétérocèles et méga-uretères, lorsqu'il en résulte un trouble mictionnel obstructif nécessitant un traitement	Le titre a été précisé et la nécessité d'un traitement a été ajoutée.
346 Reflux vésico-urétéral congénital	346 Reflux vésico-urétéral (RVU) congénital à partir du grade III, ou lorsqu'un traitement interventionnel (endoscopique ou chirurgical) est nécessaire	Puisque le reflux vésico-urétéral jusqu'au grade II peut être essentiellement traité par médicament et ne constitue ainsi pas une IC grave au sens du nouvel art. 13 LAI, le degré de gravité et la nécessité d'un traitement ont été ajoutés.
348 Malformations congénitales de la vessie (par exemple: diverticule de la vessie, mégavessie congénitale)	348 Malformations congénitales de la vessie (comme agénésie vésicale, aplasie vésicale, fistules, y c. fistule de l'ouraque), lorsqu'une opération est nécessaire	Le titre a été actualisé et a été complété avec la nécessité d'une opération. Une partie des malformations de la vessie (par ex. exstrophie) figurent désormais sous le ch. 350 reformulé car la formulation actuelle est trop large.

		La nécessité d'une opération a été indiquée parce que certaines malformations, comme les diverticules de la vessie, sont fréquemment asymptomatiques et découvertes par hasard.
349 Tumeurs congénitales de la vessie	349 Tumeurs congénitales de la vessie et des voies urinaires excrétrices	Le titre a été étendu, et les tumeurs des voies urinaires excrétrices sont désormais incluses.
350 Exstrophie de la vessie	350 Épispadias et exstrophie de la vessie, y compris complexe exstrophie vésicale-épispadias (CEE)	Le titre a été étendu parce que l'exstrophie de la vessie est fréquemment liée à un épispadias ou à des malformations cloacales. C'est pourquoi ces malformations figurent désormais sous le même chiffre.
351 Atrésie et sténose congénitales de l'urètre et diverticule de l'uretère	351 Malformations congénitales de l'urètre, y compris formations de fistules comme fistules recto-urétrales, lorsqu'une opération est nécessaire	Le titre a été étendu (le chiffre désigne des malformations générales), et la nécessité d'un traitement a été ajoutée afin de garantir que les cas graves relèvent de ce chiffre.
352 Hypospadias et épispadias	352 Hypospadias, lorsqu'une opération est nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> • L'épispadias relève désormais du ch. 350. • La nécessité d'un traitement a été ajoutée afin de garantir que les cas graves relèvent de ce chiffre.
353 Fistule vésico-ombilicale congénitale et kyste congénital de l'ouraqué		Ces malformations relèvent désormais du ch. 348.
354 Fistules recto-uro-génitales congénitales		Les fistules recto-urogénitales relèvent désormais du ch. 351.
355 Cryptorchidie (unilatérale ou bilatérale), lorsqu'une opération est nécessaire	355 Cryptorchidie bilatérale ou cryptorchidie unilatérale associée à d'autres malformations des organes génitaux comme hypospadias, torsion pénienne ou micropénis; agénésie et dysplasie du testi-	Le titre a été actualisé. La cryptorchidie simple (anomalie de position du testicule) ne satisfait pas aux critères du nouvel art. 13 LAI. En revanche, les malformations et anomalies de position nouvellement décrites constituent clairement des IC et relèvent désormais de ce chiffre.

	cule, y compris testicule intra-abdominal, lorsqu'un traitement hormonal ou plusieurs interventions sont nécessaires	
356 Hydrocèle testiculaire et kystes du cordon spermatique ou du ligament rond, lorsqu'une opération est nécessaire		Ce chiffre est supprimé parce qu'on peut remédier à ces situations au moyen d'une seule opération simple. Elles ne satisfont pas aux critères du nouvel art. 13 LAI.
357 Palmure et courbure congénitales du pénis	357 Courbure congénitale du pénis, lorsqu'une opération est nécessaire	La nécessité d'une opération a été ajoutée afin de garantir que les cas graves relèvent de ce chiffre. La palmure a été supprimée parce qu'elle ne satisfait pas aux critères du nouvel art. 13 LAI.
358 Atrésie congénitale de l'hymen, du vagin, du col utérin ou de l'utérus et sténose congénitale du vagin	358 Malformations congénitales des organes génitaux féminins internes et externes, lorsque le diagnostic a été confirmé par une équipe interdisciplinaire spécialiste des variations du développement sexuel et qu'une opération et/ou un traitement hormonal sont nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre est étendu et complété avec la mention de la nécessité d'un traitement. Afin de garantir le contrôle de la qualité lors de la pose du diagnostic, le diagnostic doit être confirmé par une équipe interdisciplinaire spécialisée dans le domaine des variations du développement sexuel). Il s'agit d'équipes de référence composées d'experts reconnus travaillant dans de grands centres. • La nouvelle formulation comprend une partie des variations faisant partie du domaine des variations du développement sexuel.
359 Hermaphrodisme vrai et pseudohermaphrodisme	359 Malformations congénitales des gonades (ovaires et testicules) (comme dysgénésie gonadique, aplasie gonadique, ovotestis), lorsque le diagnostic a été confirmé par une équipe interdisciplinaire spécialiste des variations du développement sexuel	Le titre a été actualisé et, afin de garantir le contrôle de qualité lors de la pose du diagnostic, le chiffre a été assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être confirmé par une équipe interdisciplinaire spécialisée dans le domaine des variations du développement sexuel. Il s'agit d'équipes de référence composées d'experts reconnus travaillant dans de grands centres.

361 Dédoublément des organes génitaux féminins (utérus bicorne à col simple ou double, utérus unicollis et utérus double avec ou sans vagin double)		Les malformations pertinentes relèvent désormais du ch. 358.
XV. Système nerveux central, périphérique et autonome		
381 Malformations du système nerveux et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myéломéningocèle, hydromyélie, ménin-gocèle, diastématomyélie et tethered cord)	381 Malformations du système nerveux: 1. Système nerveux central et ses enveloppes, comme encéphalocèle, myéломéningocèle, hydromyélie, ménin-gocèle, diastématomyélie, tethered cord 2. Système nerveux périphérique et végétatif, comme dysauto-nomie familiale, analgésie congénitale	<ul style="list-style-type: none"> • Pour plus de clarté, le titre a été précisé et subdivisé par système. • Le titre contient désormais également les troubles du système nerveux autonome.
382 Troubles de l'hypoventilation d'origine centrale du nouveau-né	382 Syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale congénitale (syndrome d'Ondine)	Le titre a été complété avec le nom de la maladie.
383 Affections hérédo-dégénéra-tives du système nerveux (p. ex. ataxie de Friedreich, leucodystro-phies et affections progressives de la matière grise, atrophies muscu-laires d'origine spinale ou neurale, dysautonomie familiale, analgésie congénitale, syndrome de Rett)	383 Maladies hérédo-dégénéra-tives du système nerveux, comme ataxie de Friedreich, leucodystro-phies et affections progressives de la matière grise, atrophies muscu-laires spinales et neurales, syn-drome de Rett	La dysautonomie familiale et l'analgésie congénitale relèvent désormais du ch. 381 puisqu'elles ne constituent pas des maladies dégénératives, mais des malformations du système nerveux.

384 Médulloblastome, épendymome, gliome, papillome des plexus choroïdes et chordome	384 Tumeurs cérébrales congénitales et embryonnaires, comme médulloblastome, épendymome, gliome, papillome des plexus choroïdes, chordome	Selon les indications de la littérature et les avis d'experts, la plupart des tumeurs cérébrales chez les enfants sont soit des tumeurs embryonnaires, soit ce qu'on appelle des tumeurs congénitales (puisqu'elles viennent de cellules progénitrices d'origine neurogliale). Pour cette raison, ce chiffre est étendu.
385 Tumeurs et malformations congénitales de l'hypophyse (comme le crano-pharyngiome, le kyste de Rathke et la poche persistante de Rathke).	385 Tumeurs et malformations congénitales de l'hypophyse, comme craniopharyngiome, kyste de Rathke et poche persistante de Rathke	Le titre a été actualisé.
386 Hydrocéphalie congénitale	386 Hydrocéphalie congénitale et hydrocéphalie post-hémorragique après saignement périnatale ou accident vasculaire cérébral périnatal	Le titre est étendu afin de n'exclure aucune atteinte.
387 Epilepsies congénitales (les formes ne nécessitant pas une thérapie anticonvulsive ou seulement lors d'une crise sont exclues)	387 Épilepsies (primaires) congénitales (à l'exclusion des formes ne nécessitant pas une thérapie anticonvulsive ou seulement lors d'une crise)	Le titre a été précisé avec « primaires » entre parenthèses afin d'exclure de ce chiffre les formes secondaires de l'épilepsie.
390 Paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques [dystoniques et choréo-athétosiques], ataxiques)	390 Paralysies cérébrales infantiles congénitales (spastiques, dyskinétiques, ataxiques)	La terminologie a été actualisée.
395 Légers troubles moteurs cérébraux (traitement jusqu'à l'accomplissement de la deuxième année de la vie)	395 Symptômes neuromoteurs au sens de schémas clairement pathologiques (mouvements asymétriques, variabilité limitée de la motricité spontanée [stéréotypes]) ou autres symptômes documentés	Compte tenu du flou de la formulation en vigueur et des problèmes de délimitation qui en résultaient, ce chiffre a été précisé. En outre, ce chiffre a été adapté à la terminologie actuelle.

	<p>progressifs au cours de la maladie (posture asymétrique, opisthotonos, persistance des réflexes primitifs et anomalies qualitatives marquées du tonus musculaire [hypotonie du tronc avec tonus des membres augmenté]), apparaissant durant les deux premières années de vie, comme symptômes précoces possibles d'une paralysie cérébrale et nécessitant un traitement. Le retard de développement moteur et la plagiocéphalie ne sont pas considérés comme des infirmités congénitales au sens du ch. 395.</p>	
396 Sympathogoniome (neuroblastome sympathique), sympathicoblastome, ganglioneuroblastome et ganglioneurome	396 Sympathogoniome (neuroblastome sympathique), sympathicoblastome, ganglioneuroblastome et ganglioneurome	Le chiffre est repris tel quel.
397 Paralysies et parésies congénitales	397 Paralysies et parésies congénitales	Le chiffre est repris tel quel.
XVI. Maladies mentales et graves retards du développement		
401...		Comme ce chiffre n'a déjà actuellement aucun contenu, il est supprimé.
402...		Comme ce chiffre n'a déjà actuellement aucun contenu, il est supprimé.

<p>403 Oligophrénie congénitale (seulement pour le traitement du comportement éréthique ou apathique)</p>	<p>403 Troubles importants du comportement 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La terminologie (oligophrénie) a été actualisée. • La situation actuelle montre que l'interprétation des termes utilisés, en particulier du comportement éréthique, est très diverse. En outre, il est très difficile de comprendre la cause d'un comportement apathique. Pour les raisons précitées, et afin de limiter la marge d'interprétation, ce chiffre a été reformulé. Le handicap mental en lui-même ne constitue pas une IC au sens de la LAI.
<p>404 Troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année; l'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous ch. 403</p>	<p>404 Troubles congénitaux du comportement chez les enfants non atteints d'un retard mental, avec preuves cumulatives de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Le diagnostic doit être posé et le traitement débuté avant l'accomplissement de la neuvième année</p>	<p>Le chiffre a été précisé.</p>
<p>405 Troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année</p>	<p>405 Troubles du spectre de l'autisme, lorsque le diagnostic a été confirmé par un médecin spécialiste en pédopsychiatrie, en pédiatrie avec formation approfondie en neuropédiatrie ou en pédiatrie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La limite d'âge a été biffée parce que la maladie ne peut pas être diagnostiquée durant la petite enfance chez tous les patients présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), en particulier en cas d'autisme à haut niveau de fonctionnement. • En outre, selon la jurisprudence, il suffit que le trouble ait été identifiable chez la personne avant que celle-ci atteigne l'âge de 5 ans, sans être impérativement diagnostiqué. Jusqu'à présent, les investigations réalisées

	avec formation approfondie en pédiatrie du développement	<p>pour savoir si le diagnostic était effectivement identifiable avant cette limite d'âge ont donné lieu, dans la pratique, à une charge de travail importante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pose du diagnostic est étendue aux pédiatres du développement, car la pédiatrie du développement est depuis 2010 reconnue par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) comme une formation approfondie en pédiatrie et, de ce fait, elle est assimilée formellement, tant du point de vue de la spécialisation que du contenu, au titre en neuropédiatrie décerné par l'ISFM.
406 Psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année		Ce chiffre est biffé puisqu'il ne correspond à aucun diagnostic des systèmes de classification. Du point de vue de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (SSPPEA), les psychoses cliniques relèvent du ch. 403 ou 404 selon les symptômes.
XVII. Organes sensoriels		
a. Yeux		
Lorsque la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'une certaine diminution de l'acuité visuelle, celle-ci doit être mesurée après correction du vice de réfraction. Si l'acuité visuelle n'est pas mesurable et si l'œil en cause ne peut pas fixer centralement, on admet que l'acuité visuelle est de 0,2 ou moins (ch. 416, 417, 418, 419, 423, 425, 427)	Lorsqu'une infirmité congénitale est reconnue uniquement à partir d'un certain seuil d'acuité visuelle, celle-ci doit être mesurée après correction optique. Si l'acuité visuelle n'est pas mesurable et si l'œil en cause ne peut pas fixer centralement, on admet que l'acuité visuelle est de 0,3 ou moins (ch. 416, 417, 418, 419, 423, 425, 427).	La limite de l'acuité visuelle est adaptée parce que 0,2 est aujourd'hui une limite trop basse, en particulier du fait des exigences visuelles élevées posées par la vie professionnelle actuelle.
411 Malformations des paupières (colobome et ankyloblépharon)	411 Malformation congénitale des paupières, lorsqu'une opération est nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> • Le chiffre est étendu. • La nécessité d'une opération est ajoutée afin de garantir que les cas graves relèvent de ce chiffre.
412 Ptose congénitale de la paupière	412 Ptosis congénital, lorsqu'il entraîne par vision < 30° une perturbation de l'axe visuel	Un angle a été ajouté en ce qui concerne l'axe visuel. Lorsqu'un enfant ne peut pas regarder vers le haut, cela entraîne une amblyopie de l'œil concerné et cela nécessite un traitement.

413 Aplasie des voies lacrymales	413 Aplasie des voies lacrymales	Le chiffre est repris tel quel.
415 Anophthalmie, buphthalmie et glaucome congénital	415 Anophthalmie, buphthalmie et glaucome congénital	Le chiffre est repris tel quel.
416 Opacités congénitales de la cornée avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un œil ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)	416 Opacités congénitales de la cornée avec acuité visuelle de 0,3 ou moins (après correction) ou lorsqu'une opération est nécessaire	La limite de l'acuité visuelle a été adaptée parce qu'une opération peut être indiquée en cas d'acuité visuelle < 0,5, en particulier lorsqu'elle peut permettre d'atteindre une acuité visuelle > 0,5. Il n'y a plus de différenciation selon qu'un seul œil ou que les deux yeux sont concernés.
417 Nystagmus congénital, lorsqu'une opération est nécessaire	417 Nystagmus congénital avec acuité visuelle de 0,3 ou moins à un œil (après correction) ou de 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction), ou lorsqu'une opération est nécessaire	La présence d'un nystagmus congénital est pratiquement toujours synonyme d'une grave limitation de l'acuité visuelle. C'est pourquoi le titre a été adapté et étendu. L'acuité visuelle est désormais indiquée afin de garantir que les cas graves relèvent de ce chiffre.
418 Anomalies congénitales de l'iris et de l'uvée avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un œil ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)	418 Anomalies congénitales de l'uvée avec acuité visuelle de 0,3 ou moins à un œil (après correction) ou de 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction), ou lorsqu'une opération est nécessaire	La limite de l'acuité visuelle est adaptée parce que 0,2 est aujourd'hui une limite trop basse, en particulier du fait des exigences visuelles élevées posées par la vie professionnelle actuelle. L'iris est biffé puisqu'il fait partie intégrante de l'uvée. La nécessité d'une opération est indiquée afin de garantir que les cas graves relèvent de ce chiffre.
419 Opacités congénitales du cristallin ou du corps vitré et anomalies de position du cristallin avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un œil ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)	419 Opacités congénitales du cristallin ou du corps vitré et anomalies de position du cristallin avec acuité visuelle de 0,3 ou moins à un œil (après correction) ou de 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction)	La limite de l'acuité visuelle est adaptée parce que 0,2 est aujourd'hui une limite trop basse, en particulier du fait des exigences visuelles élevées posées par la vie professionnelle actuelle. En raison de dysfonctionnements ou de maladies génétiques, un cristallin peut encore s'opacifier ou se disloquer après la naissance, et causer ainsi une diminution de l'acuité visuelle.

420 Rétinopathie des prématurés et pseudogliome congénital (y compris la maladie de Coats)	420 Rétinopathie des prématurés (RDP)	La maladie de Coats a été biffée parce qu'elle n'est pas congénitale (elle se rencontre aussi bien chez les enfants que chez les adultes, et son étiologie est inconnue) et qu'elle ne satisfait de ce fait pas aux critères du nouvel art. 13 LAI.
421 Rétinoblastome	421 Rétinoblastome	Le chiffre est repris tel quel.
422 Dégénérescences tapéto-rétiniennes congénitales	422 Maladies et anomalies congénitales de la rétine (comme amaurose congénitale de Leber, chromatopsie, albinisme, dégénérescences tapéto-rétiniennes comme rétinites pigmentaires) entraînant, avant l'âge de 5 ans, une acuité visuelle de 0,3 ou moins à un œil (après correction) ou de 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction)	Le chiffre a été étendu et précisé, et l'acuité visuelle a été indiquée afin de garantir que seuls les cas graves relèvent de ce chiffre. Afin de garantir qu'il s'agit d'une maladie congénitale, une limite d'âge a été ajoutée.
423 Malformations et affections congénitales du nerf optique avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un œil ou 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)	423 Malformations et maladies congénitales du nerf optique avec acuité visuelle de 0,3 ou moins à un œil (après correction) ou de 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction)	L'acuité visuelle a été adaptée parce que 0,2 est aujourd'hui une limite trop basse, en particulier du fait des exigences visuelles élevées posées par la vie professionnelle actuelle.
424 Tumeurs congénitales de la cavité orbitaire	424 Tumeurs congénitales de la cavité orbitaire, apparaissant avant l'accomplissement de la cinquième année	Le chiffre a été doté d'une limite d'âge puisque les tumeurs congénitales surviennent pratiquement toujours avant que la personne atteigne l'âge de 5 ans (origine : cellules rétinienne non matures). De cette façon, elles peuvent être distinguées des tumeurs non congénitales.
425 Anomalies congénitales de réfraction avec acuité visuelle de 0,2 ou moins à un œil ou 0,4 ou moins	425 Anomalies congénitales de réfraction avec acuité visuelle de 0,3	L'acuité visuelle a été adaptée parce que 0,2 est aujourd'hui une limite trop basse, en particulier du fait des exigences visuelles élevées posées par la vie professionnelle actuelle.

aux deux yeux (après correction du vice de réfraction)	ou moins à un œil (après correction) ou de 0,4 ou moins aux deux yeux (après correction)	
426...	426 Troubles congénitaux de la vision centrale (troubles des fonctions visuelles élémentaires, comme troubles du champ visuel, de la vision des contrastes, de la vision des couleurs et de la vision spatiale) et cécité corticale congénitale	Une nouvelle IC a été créée afin que la liste comprenne les troubles de la vision centrale qui n'étaient pas répertoriés jusqu'à présent.
427 Strabisme et microstrabisme concomitant unilatéral lorsqu'il existe une amblyopie de 0,2 ou moins (après correction)	427 Strabisme et microstrabisme unilatéral, lorsqu'il existe une amblyopie avec acuité visuelle de 0,3 ou moins (après correction)	L'acuité visuelle a été adaptée parce que 0,2 est aujourd'hui une limite trop basse, en particulier du fait des exigences visuelles élevées posées à la vie professionnelle actuelle. Le titre a été adapté puisque même un strabisme non concomitant peut entraîner une amblyopie.
428 Parésies congénitales des muscles de l'œil (lorsque des prismes, une opération ou un traitement orthoptique sont nécessaires)	428 Parésies congénitales des muscles de l'œil et syndrome de Duane, lorsque des prismes, une opération ou un traitement orthoptique sont nécessaires	Le titre a été étendu, et la terminologie adaptée.
b. Oreilles		
441 Atrésie congénitale de l'oreille, y compris l'antotie et la microtie	441 Atrésie congénitale de l'oreille (y c. antotie et microtie) et atrésie du conduit auditif (osseux ou fibreux) avec surdité de transmission avec une perte auditive d'au moins 30 dB à l'audiogramme tonal dans deux domaines des fréquences de 500, 1000, 2000 et 4000 Hz	Le chiffre a été étendu afin d'inclure l'atrésie du conduit auditif. En outre, la surdité de transmission a été ajoutée afin de garantir que seuls les cas graves relèvent de ce chiffre.

442...		Comme ce chiffre n'a déjà actuellement aucun contenu, il est supprimé.
443 Fentes congénitales dans la région de l'oreille, fistules congénitales de l'oreille moyenne et défauts congénitaux du tympan	443 Fente congénitale dans la région de l'oreille, fistules congénitales de l'oreille moyenne et dysfonctionnements congénitaux du tympan. Les appendices préauriculaires ne constituent pas une infirmité congénitale au sens de l'AI	Les appendices préauriculaires ont été exclus de ce chiffre puisqu'ils peuvent être retirés par un seul traitement simple.
444 Malformations congénitales de l'oreille moyenne avec surdité partielle uni- ou bilatérale entraînant une perte auditive d'au moins 30 dB à l'audiogramme tonal dans deux domaines des fréquences de la conversation de 500, 1000, 2000 et 4000 Hz	444 Malformations congénitales de l'oreille moyenne avec surdité partielle unilatérale ou bilatérale avec une perte auditive d'au moins 30 dB à l'audiogramme tonal dans deux domaines des fréquences de 500, 1000, 2000 et 4000 Hz	La terminologie a été actualisée.
445 Surdité congénitale totale des deux oreilles		Le chiffre est biffé puisque la surdité congénitale relève du ch. 446.
446 Surdité congénitale neurosensorielle avec, à l'audiogramme tonal, une perte de l'audition d'au moins 30 dB dans deux domaines des fréquences de la conversation de 500, 1000, 2000 et 4000 Hz	446 Troubles auditifs neurosensoriels congénitaux avec une perte auditive d'au moins 30 dB à l'audiogramme tonal dans deux domaines des fréquences de 500, 1000, 2000 et 4000 Hz, et surdité congénitale	La terminologie a été actualisée, et le chiffre a été complété avec la surdité congénitale – qui relève du ch. 445 en vigueur.
447 Cholestéatome congénital	447 Cholestéatome congénital	Le chiffre est repris tel quel.

XVIII. Métabolisme et système endocrinien

	450 Maladies lysosomales congénitales du métabolisme, comme mucopolysaccharidoses, maladie de Gaucher, maladie de Niemann-Pick, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme	<ul style="list-style-type: none">• Un nouveau chiffre a été créé spécifiquement pour les maladies de surcharge lysosomale.• Afin de garantir la qualité du diagnostic, le chiffre est assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être posé au sein du réseau de référence.
451 Troubles congénitaux du métabolisme des hydrates de carbone (glycogénose, galactosémie, intolérance au fructose, hypoglycémie de Mac Quarrie, hypoglycémie de Zetterström, hypoglycémie par leucino-dépendance, hyperoxalurie primaire, anomalies congénitales du métabolisme du pyruvate, malabsorption du lactose, malabsorption du saccharose et diabète sucré, lorsque celui-ci est constaté dans les quatre premières semaines de la vie ou qu'il était sans aucun doute manifeste durant cette période	451 Troubles congénitaux du métabolisme des hydrates de carbone, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme	<ul style="list-style-type: none">• Le chiffre a été actualisé en supprimant les termes obsolètes.• Afin de n'exclure aucune maladie, ces dernières ne seront plus mentionnées individuellement.• Afin de garantir la qualité du diagnostic, le chiffre est assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être posé au sein du réseau de référence.• En ce qui concerne le diabète, la condition relative à l'âge est supprimée. Selon l'état actuel des connaissances scientifiques, un défaut génétique est à la base du diabète congénital qui est diagnostiqué avant le 6^e mois, raison pour laquelle la limite de 4 semaines est supprimée.
452 Troubles congénitaux du métabolisme des acides aminés et des protéines (par exemple: phénylcétonurie, cystinose, cystinurie, oxalose,	452 Troubles congénitaux du métabolisme des acides aminés et des protéines, y compris cycle de	<ul style="list-style-type: none">• Le chiffre a été actualisé en supprimant les termes obsolètes.• Afin de n'exclure aucune maladie, ces dernières ne seront plus mentionnées individuellement.

<p>syndrome oculo-cérébro-rénal de Lowe, anomalies congénitales du cycle de l'urée et autres hyperammoniémies congénitales)</p>	<p>l'urée et acidurie organique, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afin de garantir la qualité du diagnostic, le chiffre est assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être posé au sein du réseau de référence.
<p>453 Troubles congénitaux du métabolisme des graisses et des lipoprotéines (par exemple: idiotie amaurotique, maladie de Niemann-Pick, maladie de Gaucher, hypercholestérolémie héréditaire, hyperlipémie héréditaire, leucodystrophies)</p>	<p>453 Troubles congénitaux du métabolisme des graisses, des acides gras et des lipoprotéines, comme syndrome de Smith-Lemli-Opitz, hypercholestérolémie héréditaire, hyperlipémie héréditaire, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre a été actualisé en biffant les termes obsolètes. • Afin de garantir la qualité du diagnostic, le chiffre est assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être posé au sein du réseau de référence.
<p>454 Troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides et des glycoprotéines (par exemple: maladie Pfaundler-Hurler, maladie de Morquio)</p>	<p>454 Anomalies congénitales de la glycosylation, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre a été adapté. Les troubles qui concernent le métabolisme glucidique relèvent désormais du ch. 451. • Afin de garantir la qualité du diagnostic, le chiffre est assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être posé au sein du réseau de référence.

<p>455 Troubles congénitaux du métabolisme des purines et pyrimidines (xanthinurie)</p>	<p>455 Troubles congénitaux du métabolisme des purines et pyrimidines, comme xanthinurie, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le chiffre est adapté. « Telles que » est rajouté au début de la parenthèse afin de n'exclure aucune maladie de ce groupe nosologique. • Afin de garantir la qualité du diagnostic, le chiffre est assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être posé au sein du réseau de référence.
<p>456 Troubles congénitaux du métabolisme des métaux (maladie de Wilson, hémochromatose et syndrome de Menkes)</p>	<p>456 Troubles congénitaux du métabolisme des sels minéraux, y compris des oligo-éléments, ainsi que des vitamines, des cofacteurs et des neurotransmetteurs, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme (et également par un médecin spécialiste en pédiatrie avec formation approfondie en gastroentérologie et hépatologie pédiatriques en cas de maladie de Wilson)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le chiffre a été actualisé et adapté à la terminologie actuelle. • Afin de garantir la qualité du diagnostic, le chiffre est assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être posé au sein du réseau de référence.
<p>457 Troubles congénitaux du métabolisme de la myoglobine, de l'hémoglobine et de la bilirubine (porphyrie et myoglobinurie)</p>	<p>457 Porphyries congénitales et troubles congénitaux du métabolisme de la bilirubine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le chiffre a été actualisé et adapté à la terminologie actuelle.

<p>458 Troubles congénitaux de la fonction du foie (ictères héréditaires non hémolytiques)</p>	<p>458 Troubles congénitaux des enzymes hépatiques, comme dysfonctionnement de la synthèse des acides biliaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ce chiffre est corrigé sur la base des retours de la Société suisse de gastroentérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques (SSGHNP) : dans cette section consacrée aux troubles du métabolisme, il ne faut pas utiliser le terme « fonction du foie » puisque l'usage courant de ce terme en allemand (« Leberfunktion »), désigne la fonction de synthèse du foie, c'est-à-dire la synthèse notamment des facteurs de coagulation (à classer dès lors parmi les maladies du sang). • Les troubles du métabolisme péroxysomal relèvent désormais d'un chiffre séparé (ch. 469).
<p>459 Troubles congénitaux de la fonction du pancréas (mucoviscidose et insuffisance primaire du pancréas)</p>	<p>459 Troubles congénitaux de la fonction du pancréas (insuffisance primaire du pancréas [telles que dans le cadre du syndrome de Shwachman])</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La fibrose kystique (mucoviscidose) a été supprimée de ce chiffre et figure désormais au ch. 480. Cette suppression est due au fait que la fibrose kystique n'est pas seulement un trouble de la fonction pancréatique, mais implique aussi des troubles d'autres organes. • Le titre a été complété par un exemple.
	<p>460 Troubles congénitaux du métabolisme mitochondrial, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les mitochondriopathies ne figurant pas en tant que telles dans la liste en vigueur, ce nouveau chiffre a été créé afin de les inclure spécifiquement. • Afin de garantir la qualité du diagnostic, le chiffre est assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être posé au sein du réseau de référence.
<p>461 Troubles congénitaux du métabolisme des os (par exemple: hypophosphatasie, dysplasie diaphysaire progressive de Camurati-Engelmann, ostéodystrophie de Jaffé-Lichtenstein, rachitisme résistant au traitement par la vitamine D)</p>	<p>461 Troubles congénitaux du métabolisme des os, comme hypophosphatasie, rachitisme résistant au traitement par vitamine D</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La dysplasie diaphysaire progressive (ou le syndrome de Camurati-Engelmann) figure désormais sous le ch. 127, et l'ostéodystrophie de Jaffé-Lichtenstein relève désormais du ch. 126. Ces maladies ne sont en effet pas des troubles du métabolisme des os en tant que tels, mais de troubles de l'ossification.

462 Troubles congénitaux de la fonction hypothalamohypophysaire (petite taille d'origine hypophysaire, diabète insipide, syndrome de Prader-Willi et syndrome de Kallmann)	462 Troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire (petite taille d'origine hypophysaire, diabète insipide, troubles fonctionnels correspondants dans le cadre de syndrome de Prader-Willi et de syndrome de Kallmann)	La terminologie a été précisée.
463 Troubles congénitaux de la fonction de la glande thyroïde (athyroïdie et hypothyroïdie)	463 Troubles congénitaux de la fonction de la glande thyroïde (athyroïdie et hypothyroïdie)	Le chiffre est repris tel quel.
464 Troubles congénitaux de la fonction des glandes parathyroïdes (hypoparathyroïdisme et pseudohypoparathyroïdisme)	464 Troubles congénitaux de la fonction de la glande parathyroïde (hypoparathyroïdie et pseudo-hypoparathyroïdie)	Le chiffre est repris tel quel.
465 Troubles congénitaux de la fonction des glandes surrénales (syndrome adréno-génital et insuffisance surrénale)	465 Troubles fonctionnels et structurels congénitaux des glandes surrénales (syndrome adréno-génital), lorsque le diagnostic a été confirmé par une équipe interdisciplinaire spécialiste des variations du développement sexuel	La terminologie a été actualisée, et afin de garantir le contrôle de qualité lors de la pose du diagnostic, le chiffre a été assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être confirmé par une équipe interdisciplinaire spécialisée dans le domaine des variations du développement sexuel. Il s'agit d'équipes de référence composées d'experts reconnus travaillant dans de grands centres.
466 Troubles congénitaux de la fonction des gonades (malformation des gonades, anorchie, syndrome de Klinefelter et résistance androgénique; voir aussi ch. 488)	466 Troubles congénitaux de la fonction des gonades (trouble de la synthèse des androgènes et des œstrogènes, résistance aux récepteurs des androgènes et des œstrogènes), lorsque le diagnostic a été confirmé par une équipe interdisciplinaire spécialiste des variations du développement sexuel	Voir le ch. 465.

467 Défaut d'enzyme congénital du métabolisme intermédiaire lorsque ses symptômes ont été manifeste avant l'accomplissement de la cinquième année	467 Anomalie moléculaire congénitale entraînant des maladies complexes multisystémiques, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme	Les déficits enzymatiques du métabolisme intermédiaire relèvent désormais des ch. 451 à 457. Le chiffre contient désormais les maladies complexes multisystémiques congénitales. Aucun exemple n'est ajouté parce qu'il s'agit la plupart du temps de maladies (très) rares qui sont désignées par la mutation génétique correspondante. Afin de garantir la qualité du diagnostic, le chiffre est assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être posé au sein du réseau de référence.
468 Phéochromocytome et phéochromoblastome	468 Phéochromocytome et phéochromoblastome	Le chiffre est repris tel quel.
	469 Tumeurs congénitales du cortex surrénal	Ce nouveau chiffre est ajouté pour inclure ces tumeurs congénitales.
	470 Troubles congénitaux du métabolisme peroxysomal, lorsque le diagnostic a été posé dans un centre de médecine génétique ou par un réseau de référence des maladies du métabolisme, et que le traitement est dirigé par le réseau des maladies du métabolisme	<ul style="list-style-type: none"> • Puisque les troubles du métabolisme péroxysomal ne figurent pas dans la liste en vigueur, ce nouveau chiffre a été créé afin de les inclure spécifiquement. • Afin de garantir la qualité du diagnostic, le chiffre est assorti de la condition selon laquelle le diagnostic doit être posé au sein du réseau de référence.
XIX. Malformations avec atteinte de plusieurs systèmes d'organes		
	480 Fibrose kystique (mucoviscidose), lorsque le diagnostic a été posé par un centre pour la fibrose kystique	<ul style="list-style-type: none"> • Un chiffre spécifique a été créé pour la fibrose kystique. • Afin de garantir la qualité de la pose du diagnostic, le chiffre a été assorti d'une condition relative à la pose du diagnostic.

481 Neurofibromatose	481 Syndromes neurocutanés, comme neurofibromatose, sclérose tubéreuse de Bourneville, incontinentia pigmenti	La neurofibromatose est une maladie du système nerveux qui fait partie de ce qu'on appelle les syndromes neurocutanés (synonyme : phacomatoses) et qui se caractérise par des malformations de la peau et du système nerveux. Appartiennent notamment à ce groupe de maladies la sclérose tubéreuse de Bourneville () et l'incontinentia pigmenti (). Le chiffre est étendu afin que les maladies apparentées relèvent du même chiffre. Ce chiffre comprend désormais le contenu du ch. 487, qui est biffé. L'incontinentia pigmenti, qui ne figure pas sur la liste en vigueur, est ajoutée.
482 Angiomatose cérébrale et rétinienne (von Hippel-Lindau)	482 Phacomatoses avec composantes vasculaires, comme maladie de Hippel-Lindau, maladie de Rendu-Osler, syndrome de Sturge-Webber-Krabbe	Le chiffre est actualisé et étendu puisque les phacomatoses (synonyme : syndromes neurocutanés) font partie de ce groupe de maladies avec, en outre, des malformations du système vasculaire.
483 Angiomatose encéphalo-trigémينية (Sturge – Weber – Krabbe)		La maladie figure désormais sous le ch. 482.
484 Syndrome télangiectasies-ataxie (Louis Bar)	484 Ataxie télangiectasie (Louis Bar)	Le chiffre est repris tel quel.
485 Dystrophies congénitales du tissu conjonctif (par exemple: syndrome de Marfan, syndrome d'Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudoxanthome élastique)	485 Dystrophies congénitales du tissu conjonctif, comme dans le cadre du syndrome de Marfan, du syndrome d'Ehlers-Danlos, d'une cutis laxa congénitale, d'un pseudoxanthome élastique, du syndrome de Williams-Beuren, du syndrome de Loeys-Dietz	Le chiffre a été actualisé et complété avec des affections supplémentaires.
486 Tératomes et autres tumeurs des cellules germinales (par exemple: dysgerminome, carcinome embryonnaire, tumeur mixte des	486 Tératomes et autres tumeurs des cellules germinales, comme dysgerminome, carcinome embryonnaire, tumeur germinale	Le chiffre est repris tel quel.

cellules germinales, tumeur vitelline, choriocarcinome, gonadoblastome)	mixte, tumeur vitelline, choriocarcinome, gonadoblastome	
487 Sclérose cérébrale tubéreuse (Bourneville)		La sclérose cérébrale tubéreuse (Bourneville) relève désormais du ch. 481.
488 Syndrome de Turner (seulement troubles de la fonction des gonades et de la croissance)	488 Troubles de la fonction des gonades et de la croissance en cas de syndrome de Turner, lorsqu'un traitement est nécessaire Le syndrome de Turner en lui-même ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de l'AI	Le chiffre a été formulé plus clairement.
489 Trisomie 21 (syndrome de Down)	489 Trisomie 21 (syndrome de Down)	Le chiffre est repris tel quel.
XX. Autres infirmités		
490 Infection congénitale par HIV	490 Séquelles de maladies infectieuses congénitales, comme VIH, syphilis congénitale, toxoplasmose, cytomégalie, hépatite virale congénitale, y compris embryopathies et fœtopathies associées	Ce chiffre contient désormais les séquelles des maladies infectieuses congénitales (qui relèvent du ch. 493 en vigueur). L'infection par le VIH continue de figurer sous ce chiffre.
491 Tumeurs du nouveau-né		Ce chiffre est obsolète puisque les tumeurs figurent sous les chapitres respectifs relatifs aux organes concernés.
492 Monstres doubles (par exemple: frères siamois, épignathe)	492 Jumeaux fusionnés (jumeaux siamois)	La terminologie a été actualisée.

<p>493 Séquelles d'embryopathies et de fœtopathies (l'oligophrénie congénitale est classée sous ch. 403); maladies infectieuses congénitales (par exemple: luès, toxoplasmose, tuberculose, listériose, cytomégalie)</p>	<p>493 Séquelles d'embryopathies et de fœtopathies dues à des substances nocives, comme alcool ou médicaments</p>	<p>Ce chiffre ne contient plus que les embryopathies et les fœtopathies dues à des substances nocives. Les séquelles de maladies infectieuses figurent désormais séparément, sous le ch. 490.</p>
<p>494 Nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes, jusqu'à la reprise d'un poids de 3000 grammes</p>	<p>494 Nouveau-nés ayant un âge gestationnel inférieur à 28 0/7 semaines de grossesse, jusqu'au jour de la première sortie d'hôpital à domicile</p>	<p>Le ch. 494 est structuré de manière inchangée depuis l'entrée en vigueur de la LAI en 1960. Du point de vue médical actuel, force est de constater que le fait de ne pas atteindre une limite de poids déterminée ne constitue pas, en tant que tel, une maladie. Étant donné que toutes les complications graves qui sont en lien avec un accouchement prématuré sont également reconnues comme des IC (par ex. paralysie cérébrale aux ch. 395/390 ; rétinopathie au ch. 420, etc.), la question s'est posée de savoir si le ch. 494 ne devrait pas être biffé sans être remplacé. Les membres du groupe d'accompagnement se sont prononcés pratiquement à l'unanimité (par 9 avis sur 10) en faveur de la suppression de ce chiffre. En raison des répercussions financières de cette suppression, la Société suisse de néonatalogie, membre de la FMH, a contesté cette décision. De ce fait, il a été décidé, malgré des arguments médicaux solidement fondés, de renoncer à une suppression intégrale du ch. 494 et de l'adapter aux progrès de la médecine. C'est pourquoi ce chiffre continue de figurer dans la liste, et c'est désormais l'âge gestationnel, plus pertinent pour l'état de santé de l'enfant, qui sert de référence à la place du poids à la naissance. En outre, la limite de 28 semaines de grossesse est inférieure à la limite actuelle de 2000 grammes. Cette approche est appropriée parce que des progrès médicaux importants ont été réalisés dans le domaine de la néonatalogie, et que la définition de l'IC devrait être limitée aux enfants qui sont tributaires d'un traitement complexe ou d'un long séjour à l'hôpital. En adaptant cette limite, le nombre d'enfants dont l'IC relève du ch. 494 diminuera d'environ deux tiers. Le tiers restant engendre toutefois les trois quarts des coûts occasionnés. Par ailleurs, les enfants nés après la 28^e semaine de grossesse et présentant tout de même une maladie grave ont de fortes chances de remplir les critères d'inclusion d'une autre IC.</p>

495 Infections néonatales sévères, lorsqu'elles sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire		Il s'agit de maladies aiguës (par ex. infection aux streptocoques) qui peuvent être soignées à court terme (notamment par des antibiotiques) et qui, de ce fait, ne remplissent pas les critères du nouvel art. 13 LAI. Ce chiffre est donc biffé.
496 Pharmacodépendance néonatale, lorsqu'un traitement intensif est nécessaire		Le traitement de la pharmacodépendance grave ou le sevrage chez les nouveau-nés est relativement simple et ne constitue donc plus un traitement complexe. S'ils ont des conséquences chroniques, à une fœtopathie et une l'embryopathie, la maladie relève alors du ch. 493.
497 Sévères troubles respiratoires d'adaptation (par exemple: asphyxie, syndrome de détresse respiratoire, apnée), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire		Il s'agit ici d'une maladie aiguë (par ex. syndrome de détresse respiratoire) qui peut être soignée à court terme (en quelques jours à quelques semaines au maximum, par ex. via respiration artificielle [CPAP]). C'est pourquoi on considère qu'il n'y a pas de traitement de longue durée ou de traitement complexe au sens du nouvel art. 13 LAI. Les complications ou les conséquences à long terme (par ex. paralysie cérébrale) restent dans la liste des IC, sous des chiffres séparés.
498 Troubles métaboliques néonataux sévères (hypoglycémie, hypocalcémie, hypomagnésémie), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire		Il s'agit ici de maladies aiguës (par ex. hypoglycémie passagère) qui sont soignées à court terme (en quelques jours à quelques semaines au maximum, par ex. via l'administration intraveineuse de dextrose). Elles ne requièrent pas de traitement de longue durée ni de traitement complexe ; les critères du nouvel art. 13 LAI ne sont donc pas remplis.
499 Sévères lésions traumatiques dues à la naissance, lorsqu'un traitement intensif est nécessaire		Il s'agit ici de lésions ou de traumatismes, et non de maladies. Les lésions ne remplissent pas les critères du nouvel art. 13 LAI.