



3 novembre 2021

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

Rapport explicatif (après la procédure de consultation)

Table des matières

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Contexte | 3 |
| 2. | Résultats de la consultation | 3 |
| 3. | Grandes lignes du projet | 8 |
| 3.1 | Optimisation de la réadaptation..... | 8 |
| 3.2 | Mesures médicales | 12 |
| 3.3 | Centre de compétences Médicaments | 13 |
| 3.4 | Tarifcation et contrôle des factures..... | 13 |
| 3.5 | Système de rentes | 13 |
| 3.6 | Gestion des cas | 14 |
| 3.7 | Procédure et expertises | 15 |
| 3.8 | Ordre de priorité de l'art. 101 ^{bis} LAVS..... | 16 |
| 3.9 | Autres mesures du Développement continu de l'AI | 16 |
| 3.10 | Mesures sans lien avec le Développement continu de l'AI | 17 |
| 4. | Commentaire des dispositions | 18 |
| 4.1 | Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité | 18 |
| 4.2 | Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales | 72 |
| 4.3 | Ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales | 72 |
| 4.4 | Règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants | 81 |
| 4.5 | Ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité | 86 |
| 4.6 | Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie | 88 |
| 4.7 | Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents | 91 |
| 4.8 | Ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité | 94 |
| 4.9 | Ordonnance du 3 mars 1997 sur la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs | 95 |
| 5. | Conséquences financières et effet sur l'état du personnel | 95 |
| 5.1 | Conséquences pour la Confédération | 95 |
| 5.2 | Conséquences pour l'AI | 97 |
| 5.3 | Conséquences pour d'autres assurances sociales..... | 99 |
| 5.4 | Conséquences pour les cantons | 99 |
| 5.5 | Conséquences économiques | 99 |

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 DC AI, prévue le 1^{er} janvier 2022, nécessite de modifier plusieurs ordonnances. La majorité des modifications, ainsi que quelques adaptations sans lien avec le DC AI, concernent le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI)⁴. Des modifications 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, l'ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (OACI)¹⁰ et l'ordonnance du 3 mars 1997 sur la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs¹¹. Il est aussi prévu de faire de l'actuelle ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC)¹² une ordonnance de département.

Les modifications apportées au règlement ont fait l'objet d'une procédure de consultation entre le 4 décembre 2020 et le 19 mars 2021. Les principaux résultats de cette consultation sont présentés au chapitre 2. Le chapitre 3 donne un aperçu des dispositions du règlement qui ont encore dû être adaptées à la suite de la consultation. Le chapitre 4 propose un commentaire détaillé des différents articles du règlement. Enfin, le chapitre 5 traite des conséquences financières du projet.

2. Résultats de la consultation

La consultation a suscité un vif intérêt. 204 participants, dont 26 cantons, 3 partis politiques, l'Association des communes suisses, l'Union des villes suisses, 3 associations faîtières nationales de l'économie, 6 institutions d'assurance, 164 organisations de l'aide privée aux personnes en situation de handicap et d'autres milieux intéressés se sont prononcés sur le sujet.

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 837.174

¹² RS 831.232.21

Une partie des prises de position des organisations de l'aide privée aux personnes en situation de handicap proviennent des groupes régionaux et des filiales des associations faitières.

La consultation portait aussi sur l'ordre de priorité de l'art. 101^{bis} LAVS. Avec 33 avis, le projet a fait l'objet d'un grand intérêt dans ce domaine également.

Pour l'essentiel, les dispositions d'exécution du Conseil fédéral relatives à la modification de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)¹³ sont favorablement accueillies. Notamment, le transfert de l'OIC dans une ordonnance de département (ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales ; OIC-DFI), la définition des infirmités congénitales dont le traitement est pris en charge par l'AI et l'introduction d'une liste des médicaments destinés au traitement des infirmités congénitales (liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales, LS IC) sont accueillis très positivement. Les participants à la consultation estiment que des améliorations sont nécessaires principalement en matière de mesures médicales, d'évaluation de l'invalidité, de procédure et d'expertise et en ce qui concerne l'ordre de priorité de l'art. 74 LAI.

Résumé des principales prises de position :

Optimisation de la réadaptation

Les participants à la consultation approuvent et saluent les améliorations proposées dans le domaine de la réadaptation professionnelle. Aucune réaction d'aspect fondamental n'a été enregistrée. Les propositions portent sur des adaptations et des modifications de points de détail.

Le projet prévoit qu'une formation de base de niveau supérieur (selon la loi du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle [LFPr])¹⁴, éventuellement effectuée à la suite d'une formation, doit se dérouler sur le marché primaire du travail. Les organisations de l'aide privée aux personnes en situation de handicap demandent qu'elle puisse également être effectuée sur le marché secondaire. La réglementation proposée est maintenue : la formation doit correspondre au niveau de développement et aux aptitudes de l'assuré. Si cela paraît pertinent, il convient de l'échelonner, mais toujours dans l'optique de favoriser l'accès durable à une activité lucrative permettant à l'assuré de subvenir au mieux à ses besoins. Une formation se déroulant exclusivement dans un cadre protégé ne permet pas de tenir suffisamment compte de l'objectif sur lequel est axé le DC AI, à savoir l'intégration sur le marché primaire de l'emploi.

Le projet prévoit également que les contributions de l'AI aux services de coordination atteignent entre 0,25 et 2 équivalents plein temps (EPT) selon la part des personnes âgées de 13 à 25 ans dans la population résidente cantonale. Les contributions ne peuvent pas dépasser un tiers du pourcentage financé par l'instance cantonale. Certains cantons demandent une participation plus élevée de l'AI. Cette demande doit être satisfaite dans le cadre des possibilités légales en augmentant le montant maximum possible par an. Par ailleurs, pour plus de clarté, les calculs ne s'effectueront plus en termes d'EPT, mais on fixera des montants minimums et maximums. Cela correspondra davantage aux réalités cantonales.

Le RAI devra aussi disposer que l'indemnité journalière pendant la formation professionnelle initiale (FPI) correspond au salaire selon le contrat d'apprentissage. Si celui-ci est trop bas ou trop élevé par rapport à ce qui est usuellement pratiqué dans la branche au niveau du canton, on devrait se référer au salaire indicatif mentionné dans « Lohnbuch Schweiz »¹⁵. Seize cantons et les organes d'exécution demandent de renoncer à cette possibilité de correction. En outre, quatre cantons, les organes d'exécution et une institution d'assurance dénoncent le fait que cette publication soit utilisée comme base statistique. Ces avis sont partiellement repris dans le projet. Ainsi, dans une optique d'égalité de traitement, les salaires d'apprentis inférieurs ou supérieurs à la moyenne doivent pouvoir être réajustés, mais sur la base des recommandations cantonales en la matière et non du « Lohnbuch Schweiz ».

¹³ RS 821.20

¹⁴ RS 412.10

¹⁵ 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)

Mesures médicales de réadaptation

Pour simplifier la procédure complexe de délimitation entre assurance-maladie et AI, le projet prévoit de préciser les conditions de prise en charge des coûts. Entre autres, les mesures médicales de réadaptation doivent être prises en charge par l'AI uniquement à partir du moment où l'affection en tant que telle a été traitée et l'état de santé stabilisé.

Deux cantons, des organisations de personnes en situation de handicap et plusieurs sociétés de discipline médicale demandent que l'on retienne comme critère de prise en charge des coûts un « état de santé relativement stabilisé », comme le fait la jurisprudence.

La réglementation proposée n'est toutefois pas modifiée : le terme « relatif » a délibérément été omis pour mieux délimiter l'assurance-maladie par rapport à l'AI. Une mesure médicale de réadaptation doit à l'avenir aussi pouvoir contribuer à améliorer l'état de santé, mais non nécessairement de manière importante, car elle vise essentiellement à améliorer l'aptitude à la réadaptation.

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

Ajout d'aberrations chromosomiques comme maladies génétiques

Certains participants à la consultation demandent que les aberrations chromosomiques soient aussi répertoriées comme des maladies génétiques. Les maladies telles que la trisomie 13 ou la trisomie 18 sont également considérées comme des infirmités congénitales.

Il n'est pas possible de donner suite à cette demande : la loi énonce que seules des affections pouvant être traitées peuvent être reconnues comme des infirmités congénitales. Or, il n'existe pas de traitement contre la trisomie 13 ou la trisomie 18. La trisomie 21 est explicitement mentionnée dans la LAI, mais comme exception.

Néonatalogie (IC, ch. 494)

La liste révisée des infirmités congénitales (IC) prévoit d'actualiser le ch. 494 relatif à la néonatalogie (nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes, jusqu'à la reprise d'un poids de 3000 grammes). Du point de vue médical actuel, on estime que le fait de ne pas atteindre un poids déterminé à la naissance ne constitue pas une maladie en soi. Pour cette raison, la 28^e semaine de grossesse est considérée comme limite dans le projet.

Les participants à la consultation ont approuvé l'abandon du critère « poids de naissance ». Eu égard au transfert des coûts à la charge des hôpitaux, des cantons et de l'assurance obligatoire des soins (AOS), deux cantons, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ainsi que les fournisseurs de prestations concernés demandent toutefois un relèvement de la limite à la 32^e ou 35^e semaine de grossesse.

La réglementation proposée est maintenue. Sachant qu'une naissance prématurée ne remplit pas les critères d'une infirmité congénitale, le ch. 494 devrait en fait être retiré de la liste des IC. Afin de ne pas mettre une grande partie du coût des traitements des prématurés à la charge des cantons, des hôpitaux et des assureurs, il convient de s'en tenir à la 28^e semaine de gestation. Ainsi, trois quarts des coûts totaux d'environ 80 millions de francs restent à la charge de l'AI. Les coûts supplémentaires de 80 à 100 millions de francs en partie à la charge des cantons, des hôpitaux et des assureurs-maladie annoncés par les participants à la consultation sont difficilement compréhensibles.

Procédure de demande

Il est prévu d'actualiser régulièrement la liste des infirmités congénitales. À cet effet, un formulaire d'annonce de maladie comme cas d'infirmité congénitale doit être mis à disposition sur Internet. Les demandes doivent être examinées par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et le groupe d'accompagnement, dans lequel figureront notamment les organisations de patients et les sociétés de discipline médicale.

Certains participants à la consultation souhaitent des directives et des échéances contraignantes en ce qui concerne la mise à jour régulière de la liste des infirmités congénitales. Il

n'est pas possible de satisfaire cette demande : fixer des échéances pour la mise à jour de cette liste ne permettrait pas de réagir avec souplesse aux changements. La procédure de demande et l'intégration du groupe d'accompagnement sont toutefois précisés plus en détail dans le commentaire des dispositions.

Commentaires apportés à la liste des infirmités congénitales

Certains éléments de la liste des infirmités congénitales ont fait l'objet de commentaires. La liste a été réexaminée en conséquence et ajustée en tenant compte en grande partie des remarques faites.

Centre de compétences Médicaments

La création d'un centre de compétences Médicaments auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est explicitement saluée par certains participants à la consultation. Toutefois, des organisations de l'aide privée aux personnes en situation de handicap et des organisations de patients déplorent, entre autres, que l'OFSP doive statuer sur une demande d'inscription d'un médicament dans la liste LS IC « dans un délai raisonnable ». Elles demandent de fixer ce délai à 60 ou à 30 jours. La formulation « dans un délai raisonnable » est néanmoins conservée, car il s'agit généralement de demandes complexes dont l'examen sous l'angle de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (EAE) exige un travail considérable.

Évaluation de l'invalidité

Dans le cadre de sa nouvelle compétence de régler l'évaluation de l'invalidité, le Conseil fédéral prévoit de définir les principes régissant le statut, le revenu avec et sans invalidité et la détermination du taux d'invalidité des assurés travaillant à temps partiel.

De nombreux participants à la consultation, toutes catégories confondues, contestent la réglementation sur l'abattement en raison d'une atteinte à la santé, la détermination du revenu avec ou sans invalidité pour les invalides précoces ou de naissance ainsi que l'application prévue de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ils demandent un nouveau tableau ESS avec des exigences spécifiques pour le revenu avec invalidité, ainsi que la prise en compte de tout revenu effectivement réalisé.

Les principes prévus pour l'évaluation de l'invalidité sont toutefois maintenus. Ils se fondent, d'une part, sur le marché du travail équilibré régi par la loi, d'autre part, et dans la mesure du possible, sur les réglementations en vigueur. La prise en compte d'un revenu effectivement réalisé doit continuer à avoir pour objectif que l'assuré, dans son activité, exploite au mieux la totalité de sa capacité fonctionnelle résiduelle. Il s'agit aussi d'éviter de fausses incitations à verser des salaires bas, non justifiés. Se référer à des tableaux ESS spécifiquement créés pour l'AI reviendrait à s'écarter du marché du travail équilibré, et donc des exigences légales (art. 16 LPG). Le projet prévoit toutefois une souplesse dans l'application des valeurs statistiques. En outre, l'OFAS est disposé à examiner la demande portant sur l'utilisation des tableaux ESS dans le cadre de l'évaluation du DC AI. Si de nouveaux tableaux doivent être créés, ils devraient être analysés et développés en tenant compte du cadre légal, des retombées financières et des conséquences sur les autres assurances sociales. Le cas échéant, il faudrait en outre réexaminer l'ensemble des dispositions du RAI qui portent sur l'évaluation de l'invalidité.

Gestion des cas

Le règlement prévoit que les principaux éléments d'une gestion continue et uniforme des cas, y compris des mesures médicales (de réadaptation), relèvent de la compétence des offices AI. Plusieurs cantons et la Conférence des offices AI (COAI) relèvent une réglementation trop dense au niveau de l'ordonnance. Le degré de réglementation est conservé pour des raisons d'égalité de droit.

Procédures et expertises

Les dispositions prévues visent plus de transparence et de qualité en matière de procédures et d'expertises. Dans l'ensemble, les participants à la consultation les ont favorablement accueillies. Les aspects les plus contestés sont exposés ci-dessous.

Procédure de consensus

Une procédure de consensus est prévue en cas de motifs de récusation. Des institutions d'assurance, des organisations syndicales et plusieurs organisations de l'aide privée aux personnes en situation de handicap exigent qu'une procédure de consensus puisse être initiée à la demande d'une partie. Des organisations syndicales et des organisations de l'aide privée aux personnes en situation de handicap, notamment, souhaitent qu'en cas de désaccord au sujet du choix d'un expert dans le cas d'une expertise monodisciplinaire, les experts proposés par les deux parties effectuent ensemble une expertise (« modèle français »).

L'exigence selon laquelle chaque partie a le droit de demander une procédure de consensus en cas d'objections est acceptée. Le « modèle français » n'est toutefois pas retenu, car il ne correspond pas à la procédure d'instruction menée d'office, ralentirait sensiblement la procédure et ne serait pas compatible avec le principe d'une expertise monodisciplinaire.

Enregistrements sonores

Le projet précise les règles concernant la renonciation, par l'assuré, à un enregistrement sonore. Par ailleurs, les enregistrements sonores d'entretiens doivent être conservés aussi longtemps que les autres pièces d'un dossier. Les partis politiques, la COAI et des organisations de l'aide privée aux personnes en situation de handicap demandent une amélioration des procédures et une réduction significative de la durée de conservation en cas de renonciation. Suite est donnée à ces demandes ; des améliorations correspondantes sont prévues.

Formation de base et formation continue des experts

Le projet contient des prescriptions sur la formation de base et la formation continue des experts. Des organisations d'aide aux personnes en situation de handicap, une institution d'assurance, l'association Médecine d'assurance suisse (Swiss Insurance Medicine [SIM]), des organes d'exécution, des fournisseurs de prestations, des sociétés de médecins et plusieurs cantons considèrent que ces dispositions sont trop restrictives.

De ce fait, le règlement prévoit une modification et un assouplissement des prescriptions en ce qui concerne la formation de base et la formation continue en médecine des assurances. Par ailleurs, la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales doit désormais pouvoir formuler des recommandations en matière de formation de base et de formation continue qui doivent être reconnues par les assureurs.

Composition et tâches de la Commission d'assurance qualité des expertises médicales

Le projet définit la composition et les tâches de la Commission d'assurance qualité des expertises médicales. Des organisations d'aide aux personnes en situation de handicap, des institutions d'assurance, la SIM, des organes d'exécution et des fournisseurs de prestations critiquent la composition de la commission, considérant qu'elle n'est pas assez équilibrée. Cette composition a donc été revue ; les organisations de patients et d'aide aux personnes en situation de handicap doivent être représentées par deux personnes alors que le corps médical doit compter un représentant de moins.

Expertises bidisciplinaires

Le projet mis en consultation prévoit que les expertises bidisciplinaires seront uniquement confiées, de manière aléatoire, à des centres d'expertises agréés. Des organisations d'aide aux personnes en situation de handicap, une organisation syndicale, la SIM, des organes d'exécution, des fournisseurs de prestations, certains cantons et des sociétés de médecins ont demandé que les expertises puissent également être confiées à des binômes d'experts. Cette exigence a été entendue : pour renforcer la capacité d'expertise, des binômes d'experts sont désormais aussi autorisés.

Ordre de priorité de l'art. 74 LAI

Conformément à l'art. 74, al. 1, LAI, l'AI alloue des aides financières aux organisations faitières de l'aide privée aux invalides. Dans le cadre du DC AI, l'art. 75 LAI a été complété par une norme de délégation, créant ainsi la base d'un ordre de priorité à l'échelon du Conseil fédéral. Cette norme devrait régler la répartition de ces aides dans les limites du plafond fixé.

Le mécanisme qui aurait dû être défini dans le RAI dans le cadre de cette norme et venir compléter la répartition existante des ressources s'est heurté à une opposition catégorique en procédure de consultation. Pour cette raison, la réglementation prévue est pour l'heure abandonnée. Dans l'optique de la nouvelle période contractuelle (2024-2027), il y a lieu de procéder à un éventuel ajustement en collaboration avec les organisations d'aide aux personnes en situation de handicap.

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

Au niveau du règlement, les aides financières aux organisations d'aide à la vieillesse doivent être plafonnées au maximum à 50 % des coûts effectifs. Exceptionnellement, cette limite peut être relevée à 80 %. Quatorze cantons et dix organisations intéressées, notamment, critiquent l'application rigide d'une limite supérieure de 50 % et renvoient, entre autres, à des prestations comme celles proposées par Pro Senectute dans le domaine de la consultation sociale. Ils demandent que les aides financières soient plus généreuses dans ce domaine et que la règle soit appliquée avec davantage de souplesse.

Ces critiques n'ont entraîné aucune adaptation de l'art. 224, al. 3, P-RAVS. Des précisions ont toutefois été apportées dans le rapport explicatif. D'une part, il est précisé que la participation maximale de 50 % s'applique à chaque organisation juridiquement indépendante et à des domaines de prestations, mais pas à chacune des prestations. D'autre part, il est désormais précisé que l'organisation Pro Senectute Suisse, en tant que plus importante organisation d'aide à la vieillesse active au niveau national, pourrait bénéficier de l'exception en ce qui concerne ses tâches de coordination et de développement.

Contribution d'assistance

Le projet prévoit de relever les forfaits de nuit pour la contribution d'assistance afin de s'aligner sur le modèle de contrat-type de travail (CTT) du SECO complétant les CTT cantonaux pour les travailleurs de l'économie domestique. De nombreuses organisations de l'aide privée aux personnes en situation de handicap ainsi que d'autres participants à la consultation demandent une majoration de 25 % par heure de travail effectif de nuit. Étant donné que le supplément pour travail de nuit constitue un forfait indépendant du nombre d'heures effectivement fournies, il ne sera pas donné suite à cette requête.

3. Grandes lignes du projet

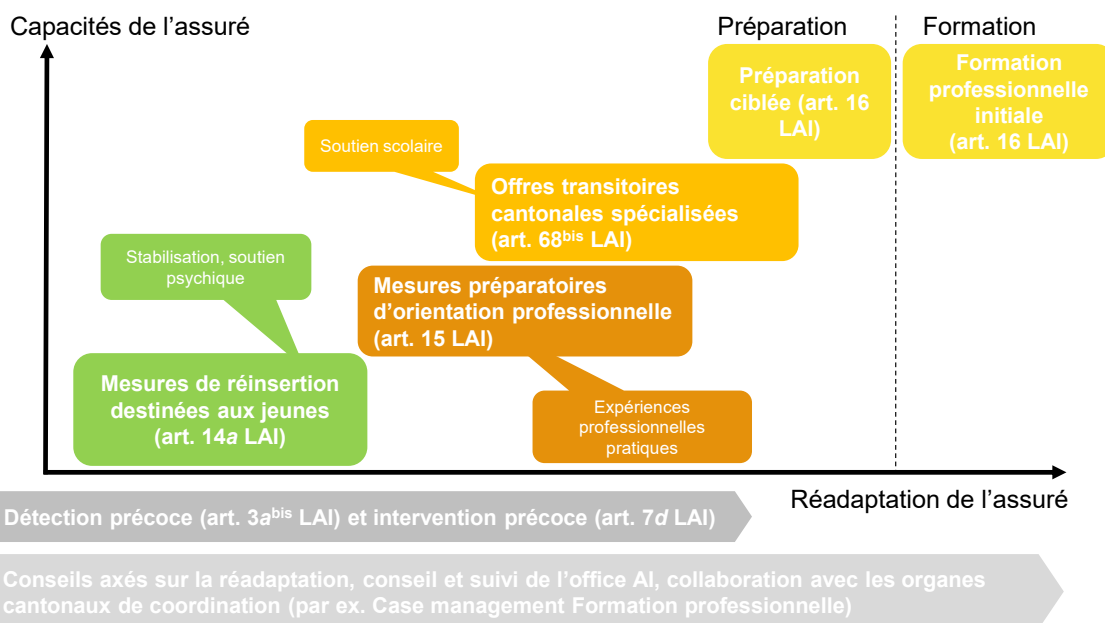
3.1 Optimisation de la réadaptation

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 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).

Graphique : mesures de l'AI visant à offrir un soutien adéquat et coordonné aux jeunes et aux jeunes adultes atteints dans leur santé



Le graphique présente les diverses mesures pour promouvoir le potentiel de réinsertion des jeunes et jeunes adultes atteints dans leur santé. Il s'agit de mesures actuelles ou proposées dans le cadre du DC AI. En complément des offres cantonales et en étroite collaboration avec les instances cantonales et les autres acteurs concernés, ces mesures visent à préparer les jeunes et jeunes adultes à une formation professionnelle initiale. Elles prennent diverses formes afin de soutenir au mieux les jeunes et jeunes adultes en s'adaptant à leur état physique et psychique.

Mesures de réinsertion

Le nouvel art. 14a de la LAI 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 de préparation qui leur sont aussi destinées (art. 15, 16 et 68bis, al. 1^{er}, LAI), l'accent étant mis sur le développement de la capacité de travail et le suivi psychologique et non sur le comblement des lacunes scolaires. Le RAI est donc modifié en conséquence (notamment l'art. 4^{quinquies} P-RAI). En outre, la limitation de la durée des mesures de réinsertion à deux ans a été supprimée dans le cadre du DC AI. À l'avenir, des mesures de réinsertion 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. D'autres modifications du règlement sont nécessaires du fait de la nouvelle teneur des art. 3a, 14^{quater} et 57 LAI (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 des mesures préparatoires à l'entrée en formation. Le législateur entend ainsi mieux préparer les jeunes à une formation en entreprise, par exemple au moyen de stages. L'art. 4a P-RAI a pour but de préciser ces mesures afin de les positionner dans la gamme des offres relatives aux mesures de préparation de l'AI destinées aux jeunes (cf. **graphique**) et dans les autres composantes de l'orientation professionnelle, et de leur donner une base solide. Les mesures préparatoires visées au nouvel art. 15 LAI ne doivent pas mettre l'accent sur les lacunes scolaires ou le suivi psychothérapeutique. Elles entendent 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'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. À cet effet, l'ordonnance doit fixer des contributions allant de 50 000 à 400 000 francs au maximum sur la base de la population résidente du canton âgée de 13 à 25 ans (art. 96^{ter} P-RAI). Le tableau suivant présente la clé de répartition qui en résulte :

| Nombre de personnes âgées de 13 à 25 ans | Montants en francs (base : mai 2021), s'ils ne dépassent pas 1/3 des dépenses cantonales ¹⁶ | Offices AI dans cette catégorie |
|--|--|---------------------------------|
| < 10 000 (jusqu'à 9999) | 50 000 | AI, AR, NW, OW, GL, UR |
| 10 000 – 29 999 | 100 000 | SZ, ZG, BS, SH, GR, NE, JU |
| 30 000 – 59 999 | 150 000 | LU, FR, SO, BL, TG, TI, VS |
| 60 000 – 99 999 | 200 000 | SG, AG, GE |
| > 100 000 | 400 000 | 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.

¹⁶ En 2020, on compte environ 160 000 francs pour un EPT. Au fil des ans, ce montant est adapté notamment au renchérissement ; c'est pourquoi les chiffres de la colonne « Montants en francs » sont purement indicatifs. Le plafond de cofinancement fixé par l'ordonnance se rapporte au nombre d'EPT.

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)¹⁷ (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 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, jugé¹⁸ 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)¹⁹. Les dispositions relatives à la couverture accidents contenues dans le message relatif au DC AI ont donc été adaptées à la nouvelle jurisprudence.

¹⁷ RS 823.11

¹⁸ BGE 144 V 411

¹⁹ RS 832.20

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 calcul des prestations en cas d'accident).

3.2 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. 3, 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 d'inscription des infirmités congénitales sur 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^{er} P-RAI). La 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). La liste des infirmités congénitales mise à jour dans le cadre du DC AI doit également être reprise dans l'annexe de la nouvelle OIC-DFI. La nouvelle OIC-DFI avec la liste à jour des infirmités congénitales est traitée dans un projet séparé (cf. OIC-DFI et rapport explicatif correspondant).

Prestations de soins fournies sous forme ambulatoire

Il a été décidé que le Conseil fédéral fixerait les prestations de soins prises en charge par l'AI (art. 14^{ter}, al. 1, let. c, LAI). Le Conseil fédéral peut déléguer cette tâche au DFI ou à l'OFAS (art. 14^{ter}, al. 4, LAI).

L'art. 3^{quinquies} P-RAI règlera les prestations de soins 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)²⁰, 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 n° 394, parmi les prestations de soins. 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. Les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire visées à l'art. 3^{quinquies}, al. 4, P-RAI doivent être réglementées au niveau du

²⁰ RS 832.112.31

département, conformément au droit de délégation du Conseil fédéral selon l'art. 14^{ter}, al. 4, LAI (cf. ordonnance du DFI sur les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire et rapport explicatif correspondant).

3.3 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 sur la liste des spécialités (LS). Les dispositions relatives à cette liste seront inscrites dans les nouveaux art. 3^{sexies} à 3^{octies} et 3^{decies}, 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 EAE des médicaments. 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.

3.4 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)²¹ 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).

Le contrôle de la facturation a été concrétisé sur recommandation du Contrôle fédéral des finances (CDF)²² (art. 27^{ter} LAI). Le RAI en règle les détails (art. 79^{ter} ss P-RAI).

3.5 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. 32, al. 1, P-RAI).

Comme le nouvel échelonnement du droit à la rente s'appliquera également aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire, les art. 4 et 15 P-OPP 2 ainsi que l'art. 3 de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs seront modifiés.

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.

²¹ RS 832.10

²² 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.

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, n'exerce pas d'activité lucrative ou exerce une activité lucrative à temps partiel (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 et 26^{bis} P-RAI). En principe, il faut utiliser à cet effet les tableaux de l'ESS ; d'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées lorsque le revenu en question n'est pas représenté dans l'ESS. 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, al. 5 et 6, P-RAI). L'inégalité de traitement sera ainsi supprimée. Les jeunes assurés en possession d'une attestation de formation professionnelle ou d'un certificat fédéral de capacité selon la LFPr doivent être considérés comme les autres jeunes du même âge sans atteinte à la santé.

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. 2, P-RAI). La déduction liée à l'atteinte à la santé doit être supprimée avec la nouvelle déduction liée au temps partiel (art. 26^{bis}, al. 3, P-RAI) et la prise en compte systématique des atteintes à la santé lors de la détermination des capacités fonctionnelles (art. 49, al. 1^{bis}, 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 et 27^{bis} P-RAI). Toutefois, le calcul applicable au temps partiel sera uniformisé et égalitaire du point de vue juridique. Les activités lucratives et les travaux habituels seront désormais considérés comme complémentaires, de sorte que tout ce qui n'est pas réputé activité lucrative relèvera des travaux habituels (art. 27^{bis}, al. 1, P-RAI).

3.6 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 sur-

veillance 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, et dans une optique d'égalité de droit, 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.

3.7 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). Pour que l'expert puisse être choisi de manière consensuelle, les parties doivent, si possible, parvenir à un accord avant la décision. La procédure de consensus 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, à des centres d'expertises ou à des binômes d'experts autorisés (art. 72^{bis}, al. 1^{bis}, 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 et 7l 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, formation de base et formation continue des experts, etc.), qu'elle émette des recommandations et en assure la surveillance (art. 7^p 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'AI²³, 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.

3.8 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)²⁴, 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 de compensation de l'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)²⁵, 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 au maximum à 50 % (au maximum à 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 CDF²⁶.

3.9 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).

²³ Müller, Franziska / Liebrez, 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).

²⁴ RS 831.10

²⁵ RS 616.1

²⁶ 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.

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)²⁷. 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 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.

3.10 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 AI²⁸, 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 2019)²⁹ a mis en évidence que les forfaits de nuits étaient insuffisants. L'urgence d'un ajustement dans ce domaine est devenue encore plus marquée avec le modèle complétant les contrats-types de travail (CTT) cantonaux pour les travailleurs de l'économie domestique mis à la disposition des cantons par le Secrétariat d'État à l'économie (SECO). Le modèle CTT a pour objectif d'améliorer la situation des personnes qui s'occupent 24 heures sur 24 de personnes âgées ou en situation de handicap. 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 COAI, des organisations pour personnes en situation de handicap, 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 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 en situation de handicap suite à l'évaluation de la contribution

²⁷ RS 837.0

²⁸ CDF (2019) : *Remboursement des frais aux offices AI - Office fédéral des assurances sociales*, disponible sur www.cdf.admin.ch > Publications > Assurances sociales & prévoyance vieillesse.

²⁹ Guggisberg, Jürg / Bischof, Severin (2020) : *Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2019 : Schlussbericht 2020*. PR-AI, rapport n° 16/20. À consulter sous : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.

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.

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.

4. Commentaire des dispositions

4.1 Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité

Art. 1^{er}, 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^{er}, al. 1, let. a et b, RAI sont supprimés.

Art. 1^{quinqüies}

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 de 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 ce groupe d'âge 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 exemple) 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 ou 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 directives, 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'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 ; elle ne peut être introduite 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 et ne convient donc pas pour délimiter de manière pertinente la prise en charge de prestations par l'AOS et par l'AI. 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, ce qui n'exclut pas totalement qu'elles puissent, subsidiairement, contribuer à l'amélioration de l'état de santé.

La pratique des mesures préventives de réadaptation développée par la jurisprudence demeure inchangée. En cas d'atteinte à la santé, ces mesures visent à prévenir le risque futur d'une atteinte stabilisée difficile à corriger aux conséquences telles qu'elles se répercuteraient de manière significative sur l'activité lucrative ou la formation professionnelle. Des mesures prophylactiques proprement dites ou visant uniquement à retarder la stabilisation d'un état sont exclues³⁰.

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.

Art. 2, al. 2

L'art. 14, al. 2, LAI révisé prévoit 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 les principes fixés à l'art. 14, al. 2, LAI ne sont pas respectés 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'AOS³¹. Le Conseil fédéral fait usage de cette compétence réglementaire et prévoit la possibilité de prendre en charge des mesures de réadaptation médicales sous certaines conditions. Par exemple, les coûts peuvent également être pris en charge lorsque l'efficacité des mesures n'est pas encore entièrement attestée et doit être expérimentée plus avant. En l'occurrence, la probabilité d'une réadaptation doit être particulièrement élevée et les économies réalisées du fait de la réadaptation doivent être 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 AI³²), 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.

Si les mesures médicales de réadaptation faisant l'objet de la demande ne répondent pas aux principes fixés à l'art. 14, al. 2, LAI, cela doit être mentionné dans la demande déposée conformément à l'al. 3.

Art. 2, al. 3

L'art. 12, al. 3, LAI énonce que la naissance du droit à des mesures médicales de réadaptation est subordonnée à un pronostic favorable du médecin traitant spécialisé. Puisque, par définition, un pronostic ne peut être émis qu'avant le traitement (et non rétrospectivement), il doit donc avoir été effectué déjà avant le traitement prévu.

Sur la base de cette considération, la procédure relative aux mesures visées à l'art. 12 LAI est conçue de manière à ce que le pronostic favorable du médecin traitant spécialisé parvienne à l'office AI compétent avant le début de la mesure médicale. De cette manière, les nombreuses

³⁰ Cf. ATF 131 V 9, consid. 4.2 avec indications ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_355/2012 du 29 novembre 2012, consid. 1.1

³¹ Pour des explications complémentaires, voir FF 2017 2478.

³² FF 2017 2478 s.

procédures judiciaires intentées ces dernières années pour savoir qui, de l'AI ou de l'assurance-maladie, devait prendre en charge les mesures médicales de réadaptation ne pourront plus se produire à l'avenir. Ces conflits étaient lourds sur le plan administratif et mobilisaient les ressources déjà limitées des offices AI. 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. Si l'assuré fait malgré tout valoir un droit tardivement, l'art. 48 LAI peut rester applicable. La conception de l'art. 12 LAI fait que ce cas de figure ne se présentera probablement que rarement.

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 auxiliaires³³, 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 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.

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, let. a

L'al. 1, let. a, prévoit que le remboursement des mesures médicales de réadaptation peut être maintenu 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. 1, let. b

En vertu de la let. b, le remboursement des mesures médicales de réadaptation peut, dans certains cas, également être maintenu lorsque la mesure suivante de réadaptation d'ordre professionnel n'a pas encore été octroyée. Si, par exemple 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.

Art. 2^{bis}, al. 2

L'al. 2 renvoie à l'al. 1, let. b. En vertu de cette disposition, il ne peut pas s'écouler plus de six mois entre les deux mesures d'ordre professionnel. Le coût des mesures médicales de réadaptation sera donc pris en charge pendant six mois au plus après l'achèvement ou l'interruption de la dernière mesure d'ordre professionnel.

³³ 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^{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 h

Le nouvel art. 13 LAI codifie les cinq critères cumulatifs de définition des infirmités congénitales élaborés par la jurisprudence. Les critères « atteinte à la santé », « certain degré de gravité », « traitement de longue durée ou complexe » et « possibilité de traitement » doivent être précisés dans le règlement, ce qui est fait à l'art. 3, al. 1, let. d à h, P-RAI. Il n'est pas nécessaire de mentionner le critère du « diagnostic posé par un médecin spécialiste » dans le règlement puisqu'il figure dans la loi.

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 AI³⁴ 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

Selon l'art. 13, al. 2, let. c, LAI, une infirmité congénitale doit présenter un certain degré de gravité. On entend par là des affections qui n'évoluent pas, ou pratiquement pas, favorablement sans traitement et qui entraînent des séquelles durables. La limitation fonctionnelle caractérise le résultat d'une atteinte durable de l'organisme.

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

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

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

³⁴ FF 2017 2476

Let. g : un traitement est réputé « complexe » lorsqu'il nécessite la collaboration régulière et récurrente de médecins titulaires d'une spécialisation issus d'au moins deux disciplines médicales différentes. Les médecins-dentistes diplômés sont assimilés à des médecins possédant un titre de spécialiste.

Art. 3, al. 1, let. h

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 21³⁵.

Art. 3, al. 2 et 3

Ces alinéas reprennent 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. La limite d'âge prévue pour certaines infirmités congénitales (voir OIC-EDI) ne doit pas être confondue avec le moment où celles-ci sont constatées. En l'occurrence, il s'agit de faire une distinction entre la simple prédisposition et une infirmité congénitale présente déjà à la naissance, mais pas encore manifeste (art. 1, al. 1, troisième phrase). C'est le cas, en particulier, des troubles du métabolisme qui existent (et peuvent être diagnostiqués) dès la naissance, mais qui ne sont manifestes qu'après un certain temps (plusieurs semaines à plusieurs années). Le fait qu'une infirmité congénitale ne puisse pas encore être reconnue à la naissance n'est donc pas déterminant. Une prédisposition à une maladie est un facteur qui favorise le développement d'une maladie. À lui seul, ce facteur ne peut pas la déclencher.

L'élément déterminant pour une prise en charge des coûts par l'AI est que les effets de l'infirmité congénitale se manifestent avant l'âge de 20 ans révolus. La limite d'âge prévue pour certaines infirmités congénitales sert à faire une distinction entre, d'une part, les infirmités congénitales et non congénitales et, d'autre part, les affections légères et sévères.

Si ces pathologies sont diagnostiquées après la limite d'âge indiquée, il faut considérer qu'il ne s'agit pas de maladies congénitales ou graves et que ce ne sont pas des infirmités congénitales au sens de la LAI.

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 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).

³⁵ 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 être plus rapidement inscrites dans la liste des infirmités congénitales, par exemple. 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).

Le projet prévoit que 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 en concertation avec le groupe d'accompagnement (médecins de l'OFSP, H+, FMH, Pro Raris, Inclusion Handicap, Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances et offices AI), et les soumet au DFI dès lors qu'elles sont complètes. 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. Afin de préciser les prestations énoncées à l'art. 14, al. 1, let. b, LAI, un nouvel article doit être inséré dans le RAI.

Dans la version française du RAI, l'ajout de l'adjectif « médical » a été omis. Cela correspond à la disposition légale de l'article 14, al. 1, let. b, LAI. Le texte allemand prévaut pour cette

disposition, c'est pourquoi seules les prestations de soins médicaux sont incluses dans la disposition en français également.

Art. 3^{quinquies}, al. 1

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.

Les prestations de soins dans l'AI englobent, d'une part, les mesures d'instruction, de conseil et de coordination, qui permettent 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.

Elles comprennent, d'autre part, les mesures d'examen et de traitement, qui correspondent aux prestations de soins. Ces mesures correspondent par analogie aux prestations énumérées à l'art. 7, al. 2, let. b, OPAS.

Par « personnel soignant », on entend des personnes possédant une qualification professionnelle dans le domaine médical qui, sur la base d'une convention tarifaire conclue avec l'AI en vertu de l'art. 27, al. 1, LAI, sont habilitées à fournir des prestations médicales ambulatoires à la charge de l'AI.

Art. 3^{quinquies}, al. 2

Lors d'un séjour stationnaire à l'hôpital ou dans un établissement médico-social, les prestations de soins font partie de la prestation globale à fournir, qui est remboursée selon un forfait journalier ou par cas. Une prise en charge additionnelle par l'AI conduirait à un double remboursement.

Art. 3^{quinquies}, al. 3

La surveillance médicale de longue durée constitue une mesure médicale au sens de l'art. 3^{quinquies}, al. 2, let. b, et comprend 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.

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.

Le maximum de seize heures par jour s'explique par le fait que 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 par voie de directive, des adaptations peuvent être

décidées et mises en œuvre rapidement. La coordination avec d'autres prestations de l'AI est assurée.

Art. 3^{quinquies}, al. 4

Afin de pouvoir tenir à jour la détermination des prestations de soins prises en charge par l'AI, il est nécessaire que le DFI définisse l'étendue et le contenu des mesures visées à l'al. 1, ce qu'il fait dans sa nouvelle ordonnance sur les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire, qui entrera vraisemblablement en vigueur avec la présente modification du RAI (cf. ordonnance du DFI sur les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire et rapport explicatif correspondant)

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 est déléguée à l'OFSP. La procédure d'admission dans la LS IC incombe à l'OFSP, sans implication de l'OFAS. Pour sa part, l'OFAS se charge d'évaluer les demandes de prise en charge de médicaments dans des cas particuliers (voir art. 3^{decies} P-RAI) et joue le rôle qui revient à chaque assureur dans le cadre de l'AOS.

Comme c'est le cas pour l'établissement de la LS, l'OFSP est conseillé par la Commission fédérale des médicaments (CFM) conformément à l'art. 37e OAMal. S'agissant de l'évaluation de demandes en vue d'une admission dans la LS IC, il n'est pas nécessaire de prévoir une extension de la composition de la CFM. Le domaine des infirmités congénitales représente un champ très étendu et il ne serait pas réaliste d'imaginer qu'une seule personne de plus puisse couvrir tous les domaines des infirmités congénitales. En l'occurrence, il sera donc inévitable de faire appel à des expertises en dehors de la CFM, comme c'est déjà le cas pour des questions spécifiques concernant d'autres médicaments. Dans tous les cas, on veillera à la nécessité de disposer d'une plus grande expertise pédiatrique lors de la nomination ou du remplacement de membres de la CFM.

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

En principe, 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 (une éventuelle prise en charge dans un cas particulier pour une utilisation dans une indication qui ne constitue pas une infirmité congénitale demeure réservée). « Exclusivement indiqué » concerne également des médicaments ayant plusieurs indications pour lesquels les critères EAE ne sont remplis qu'en ce qui concerne les infirmités congénitales. Ceux-ci seront également inscrits uniquement dans la liste LS IC (et non dans la LS). Si le médicament est aussi régulièrement pris en charge pour 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 pour une admission dans la LS IC 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. Les conditions énumérées dans cet article, d'une part, et la réglementation prévue à l'art. 65, al. 1^{bis}, P-OAMal, d'autre part, garantissent le respect de cette règle. Le fait qu'un médicament figure sur la LS ou la LS IC ne fait aucune différence pour l'assuré ou le fournisseur de prestations.

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 et 5, OAMal (y compris l'annexe 1 OAMal portant sur les émoluments) 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.

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

Art. 3^{sexies}, al. 4

Contrairement à ce que prévoit 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. La raison en est que les exigences en matière de prix sont élevées dans le cas de telles maladies et qu'il faut mener davantage d'analyses de rapport coût-efficacité, la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger n'étant pas réellement pertinente. À l'étranger, les modèles de tarification se traduisent généralement par des rabais ou des limites de volume. En outre, la fiabilité des résultats des études est généralement plus complexe à établir en raison du faible nombre de participants. Il faut également consulter des experts du domaine clinique et définir des charges pour que les entreprises pharmaceutiques puissent démontrer de manière concluante l'efficacité et l'adéquation de ces médicaments dans le cadre d'une procédure d'admission de durée limitée. Par rapport à des médicaments moins complexes, l'évaluation EAE représente un travail important. Pour cette raison, une décision rendue « en règle générale dans les 60 jours » selon l'art. 31b OPAS n'est pas réaliste en ce qui concerne les médicaments de la LS IC.

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 remboursées. Les principes de remboursement

sont les mêmes que pour la LS (cf. aussi art. 37e OPAS) à la différence que ces recettes sont versées 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 (p. ex. remboursements en ce qui concerne des adultes de plus de 20 ans). Ce principe s'applique d'ores et déjà dans le sens inverse en vertu de l'art. 67a OAMal pour le remboursement à l'institution commune LAMal de l'excédent de recettes lorsqu'il provient en partie de remboursements de l'AI.

Art. 3^{octies}

Sur la base du nouvel art. 67, al. 1^{bis}, LAI, l'OFSP peut se faire indemniser pour ses dépenses liées à la LS IC par le 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.

Art. 3^{novies}

Art. 3^{novies}, al. 1

La reprise par analogie de l'art. 52 LAMal permet de garantir que l'AI prend 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. 3^{decies}

Cet article concrétise le nouvel art. 14^{ter}, al. 3, LAI qui permet de déléguer au Conseil fédéral la compétence de réglementer le remboursement de médicaments dans des cas particuliers.

Art. 3^{decies}, al. 1

Le renvoi aux dispositions de la LAMal assure que les dispositions de l'AOS pour le remboursement de médicaments dans les cas particuliers s'appliquent par analogie dans le cadre de l'AI. En particulier, ce renvoi englobe actuellement la partie 1, titre 4, chapitre 3, section 4a, OAMal. Le libellé général du renvoi garantit que les éventuelles adaptations des dispositions de l'AOS sur le remboursement de médicaments dans des cas particuliers s'appliqueront par analogie à l'AI.

L'application par analogie des art. 71a à 71d OAMal à l'AI vise à concrétiser la pratique actuelle. L'OFAS précisera par voie de directive que toutes les infirmités congénitales sont considérées comme des maladies susceptibles d'être mortelles pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques, répondant ainsi à la préoccupation du Parlement (BO 2019 N 112 s.) pour lequel l'introduction de la nouvelle liste de médicaments AI ne saurait entraîner une péjoration de la situation actuelle. Le critère relativement restrictif de l'art. 71a OAMal est ainsi considéré comme généralement 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, la directive précisera qu'en ce qui concerne les médicaments initialement destinés exclusivement aux adultes, l'examen au cas par cas de leur remboursement se concentre principalement sur la question de la sécurité du médicament pour les enfants.

Art. 3^{decies}, al. 2

La responsabilité finale des décisions relatives au remboursement de médicaments destinés à traiter des infirmités congénitales dans des cas particuliers incombe aux offices AI, car ce sont eux qui décident de la prestation. Dans une optique d'égalité de traitement, l'OFAS peut demander à être consulté au préalable et émettre une recommandation.

La procédure, concrétisée par voie de directive, est la suivante : après évaluation par le Service médical régional (SMR), les offices AI sont tenus de transmettre les demandes individuelles à l'OFAS. L'OFAS vérifie d'une part dans quelle mesure l'efficacité du médicament considéré est établie dans le cas particulier et émet une recommandation à l'attention de l'office AI demandeur sur la base de la littérature scientifique la plus récente et des directives internationales. L'OFAS vérifie d'autre part si un autre médicament efficace, autorisé en Suisse, est disponible. Si tel est le cas, le remboursement est refusé dans le cas particulier. L'office AI rend sa décision ensuite seulement. L'obligation de présenter le dossier à l'OFAS et la future mise en place d'un système de monitoring doivent permettre de garantir l'égalité de traitement dans le remboursement de médicaments dans des cas particuliers.

Au vu de ce processus et contrairement à l'art. 71d, al. 3, OAMal, il n'est pas prévu de fixer un délai précis.

Art. 4^{bis}

L'art. 4^{bis} RAI est abrogé. Son contenu matériel est 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 judicieuse. 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 la capacité de présence et la productivité de manière à ce que la participation aux mesures qui leur succèdent devienne possible. 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'au terme 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.)³⁶, 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.

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.

³⁶ RS 101

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

L'al. 6 en vigueur précise 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 est 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 tout ce qui peut raisonnablement être exigé de lui 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. Une confirmation écrite suffit comme preuve. 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 l'accomplissement de « ce qui peut raisonnablement être exigé » peut en outre déclencher les développements souhaités chez les jeunes.

Art. 4^{septies}

L'article peut être abrogé puisque son contenu figure 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 à l'entrée en formation nouvellement introduites à l'art. 15 LAI ainsi que les composantes existantes de l'orientation professionnelle sont précisées dans le règlement, de manière à les coordonner avec les autres mesures préparatoires destinées aux 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 à l'entrée en formation 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 qui préparent les jeunes à une formation, les offices AI ne peuvent octroyer les mesures au sens de l'art. 15, al. 1, LAI qu'une fois la scolarité obligatoire achevée. 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. Dans certains cas, une période de trois mois ne suffit pas pour parvenir aux conclusions nécessaires. Dans ces cas exceptionnels, les mesures d'examen approfondi peuvent être prolongées de trois mois. 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 LFPr apparaît ici pour la première fois dans le règlement et doit donc être mentionnée en toutes lettres. Elle figure sous forme abrégée dans la suite du texte.

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, que cette mesure est nécessaire à la formation proprement dite et qu'il ne s'agit ni d'une année de préparation au choix d'une profession ni d'une année intermédiaire générale³⁷. 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 s'il existe déjà un contrat d'apprentissage selon la LFPr pour la FPI à suivre ou un contrat pour d'autres formations (en particulier pour la préparation à une activité auxiliaire ou à un travail dans un atelier protégé), si une inscription contraignante à une formation a été faite ou encore, lorsqu'une préparation professionnelle spécifique nécessaire à la formation a été convenue (p. ex. préapprentissage

³⁷ Cf. RCC 1981 460

spécifique à la profession, stage, cours préparatoire, etc.). Sur la base de ces définitions, la préparation dans le cadre de l'art. 16 est appelée « préparation ciblée ». Une mesure de préparation ciblée selon l'art. 16, al. 1, LAI peut être décidée dès lors que l'une des trois conditions citées est remplie.

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. 4, P-RAI.

Art. 5, al. 3

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 selon la LFPr réalisée sur le marché secondaire du travail, pour autant que les conditions exigées à l'art. 5, al. 3, soient remplies. La disposition transitoire portant sur la modification des indemnités journalières (let. a) s'applique lorsqu'une FPI est considérée comme non achevée en vertu de l'art. 5, al. 3, P-RAI et qu'elle est immédiatement poursuivie conformément à l'art. 5, al. 3, let. a ou b. Les conditions de poursuite d'une FPI selon l'art. 5, al. 3, let. a et b, P-RAI doivent être remplies. La notion d'immédiateté se réfère au système éducatif suisse : fin de la première formation en juin et début de la deuxième formation en août ou septembre de la même année. S'il y a interruption dans la FPI, l'indemnité journalière se calcule en application du nouveau droit.

Art. 5, al. 3, let. a

L'octroi d'une FPI plus avancée est possible en vertu de l'art. 5, al. 3, let. a, P-RAI, 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 AFP ou d'un 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 des directives.

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 des directives.

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 échelonnement³⁸. 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.

Art. 5^{bis}, al. 1

L'adaptation reprend la jurisprudence actuelle qui, à ce jour, n'était précisée ni au niveau du règlement ni au niveau des directives : par conséquent, l'élément déterminant pour définir le droit aux prestations selon les art. 16 et 17 LAI dépend de la question de savoir si l'assuré exerçait déjà une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité au sens du cas d'assurance spécifique à la mesure professionnelle considérée. 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.

³⁸ Cf. ATF 142 V 523

Art. 5^{ter}

L'art. 5^{ter} P-RAI est nouveau, mais son contenu correspond aux dispositions de l'actuel art. 5^{bis} RAI. Sur le plan formel, le terme « assurance » est remplacé par « assurance-invalidité » pour une meilleure compréhension.

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^{quater}, al. 1

Les versions française et italienne du règlement sont alignées sur la version allemande. La formulation « jours ouvrables » ou « Giorni lavorativi » désigne uniquement les jours du lundi au vendredi. En allemand, par contre, « Arbeitstage » (jours de travail) désigne les journées auxquelles un employé est contractuellement tenu de travailler. Le cas échéant, et dans le respect de la loi du 13 mars 1964 sur le travail³⁹, il peut s'agir de samedis et de dimanches. Un vendeur ou une boulangère, par exemple, travaillent régulièrement le samedi.

En raison de la proximité du nouvel art. 6^{quinquies} P-RAI relatif à la location de services, cette précision est appropriée.

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'une mission de travail 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 sur le marché primaire du travail. 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)⁴⁰. 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

Outre l'indemnité au titre des prestations du bailleur de services dans le cadre de la convention de prestations, l'art. 18a^{bis}, al. 3, LAI, prévoit, sous une autre lettre, d'indemniser le bailleur de services pour les coûts supplémentaires, dus à l'état de santé de l'assuré, des cotisations à la prévoyance professionnelle et des primes à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Cet alinéa réglemente le début du versement de l'indemnité visée à l'art. 18a^{bis}, al. 3, let. b, LAI. Les conditions d'octroi de l'indemnité prévue à l'art. 18a^{bis}, al. 3, let. b, LAI sont

³⁹ RS 822.11

⁴⁰ RS 823.111

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, les cotisations et les primes peuvent augmenter si l'assuré présente une incapacité de travail due à une maladie ou s'il perçoit une rente AI ultérieurement. L'indemnité ne couvre que ces coûts supplémentaires et n'engage aucune obligation de versement du salaire de la part du bailleur de services. L'indemnité visée à l'art. 18a^{bis}, al. 3, let. b, LAI ne peut être allouée que si un assureur d'indemnités journalières en cas de maladie alloue des prestations ou si le bailleur de services continue de verser à l'employé le salaire assuré selon la loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP)⁴¹. Si le salaire n'est pas assuré en vertu de la LPP et que le bailleur de services n'a pas conclu d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour ses employés, aucune indemnité n'est due car il ne peut pas y avoir de coûts supplémentaires au sens de l'art. 18a^{bis}, al. 3, let. b, LAI. Il ne peut pas non plus y avoir de coûts supplémentaires lorsque le bailleur de services continue à verser le salaire en cas de maladie. 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 des primes à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Le délai de carence de deux journées de travail 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).

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 pour la durée pendant laquelle l'assuré a travaillé pour l'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 est due au plus jusqu'à la fin de la mission de travail dans le cadre de la durée maximale de la mesure (cf. al. 5) et uniquement pour les cas d'incapacité de travail pour cause de maladie survenus pendant la durée du contrat de travail.

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)

⁴¹ RS 831.40

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.

En conséquence, un assuré a aussi droit à des indemnités journalières pendant la période d'attente précédant la mesure de location de services selon l'art. 18a^{bis} LAI pour autant que celle-ci ait été 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.⁴²

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'AI⁴³ (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 réglé à l'al. 6.

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 l'accident de la liste des exceptions visée à l'art. 20^{quater}, 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 obligatoire ni par la nouvelle AA AI, la poursuite du versement de l'indemnité journalière AI 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 AI.

⁴² Arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2017, du 27 mars 2017

⁴³ RO 2011 5659

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

Dans son ATF 146 V 271 du 27 mai 2020, le TF a établi que l'actuel art. 20^{sexies}, al. 1, let. b, RAI, selon lequel les assurés sont aussi considérés comme exerçant une activité lucrative s'ils peuvent rendre vraisemblable que, après la survenance de l'incapacité de travail, ils auraient entamé une activité lucrative d'une assez longue durée, ne repose sur aucune base légale. Par conséquent ces personnes ne peuvent plus bénéficier d'indemnités journalières.

La let. b doit donc être abrogée et l'al. 1 formellement adapté en conséquence.

Art. 21^{quater}

Adaptation purement formelle. La LAVS est mentionnée pour la première fois à l'art. 5^{bis}, al. 1, P-RAI, raison pour laquelle le titre long peut être remplacé par son abréviation à l'art. 21^{quater}.

Art. 21^{septies}, al. 1, 4 et 5

Art. 21^{septies}, al. 1

L'art. 22 RAI étant totalement modifié, la réserve prévue à la deuxième phrase de l'art. 21^{septies}, al. 1, RAI doit être adaptée, en ce sens que, le cas échéant, seule l'indemnité journalière visée à l'art. 22, al. 1, LAI est réduite. Afin de garantir l'égalité de traitement entre les personnes atteintes dans leur santé et les personnes en bonne santé, l'indemnité journalière n'est pas réduite pendant la FPI, ce qui correspond à la volonté du législateur.

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.⁴⁴ Le versement simultané d'une rente AI 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 AI 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.⁴⁵ Sur la base des art. 68 et 69 LPGA, l'indemnité journalière visée à l'art. 22, al. 1, LAI ne peut être réduite que dans la mesure où, avec la rente AI de l'assurance-accidents, elle dépasse le revenu déterminant selon les art. 21 à 21^{quinquies}. L'indemnité journalière ne peut être réduite que dans le cadre d'une rente d'invalidité selon la LAA. Une rente de survivant ne justifie pas une réduction.

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 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.

⁴⁴ ATF 139 V 514

⁴⁵ ATF 139 V 514, consid. 4

Art. 21^{novies}

Avec le DC AI, l'art. 22, al. 5^{ter}, LAI se trouve désormais à l'art. 22^{bis}, al. 6, LAI. Le renvoi à l'art. 21^{novies} RAI doit donc être adapté. En outre, le terme « assurance » est remplacé par « assurance-invalidité ». Ces adaptations n'entraînent aucun changement matériel.

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

Pour toutes les formations sans contrat d'apprentissage (notamment la préparation à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé ou la préparation ciblée à une FPI), à l'exception de celles mentionnées à l'art. 22, al. 4, LAI, le montant mensuel de l'indemnité journalière correspond, en première année de formation, à un quart de la rente de vieillesse minimale visée à l'art. 34, al. 5, LAVS. Dès la deuxième année, il correspond à un tiers de la rente de vieillesse minimale visée à l'art. 34, al. 5, LAVS. Afin de tenir compte des capacités acquises durant la première année de formation, le montant de l'indemnité journalière augmente en deuxième année de formation.

Les montants sont arrondis après calcul.

Art. 22, al. 2

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. Le montant des indemnités journalières se fonde sur le revenu mensuel médian tel qu'il ressort de l'Enquête sur la situation sociale et économique des étudiants (Enquête SSEE) de l'OFS, à savoir 500 francs par mois, moins les charges sociales qui sont versées à l'assuré. Ce montant tient compte du revenu provenant d'une activité lucrative, mais également du soutien familial et des autres sources de revenus possibles (notamment 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 formation professionnelle initiale au sens de la LFPr, dont l'indemnisation se base uniquement sur le revenu tiré de l'activité professionnelle et non sur le soutien de proches. 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.

Art. 22, al. 3

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. Leur montant est alors calculé conformément à l'art. 22, al. 1, 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. Le versement s'effectue conformément à l'art. 80, al. 1^{bis}, RAI.

Art. 22, al. 4

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. 5

Avec le DC AI, l'art. 22, al. 3, LAI est déplacé 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)⁴⁶, 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 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. 22^{quinquies}, al. 1

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. 22^{quinquies}, al. 1, RAI doit être adapté. Cette adaptation n'entraîne aucun changement matériel.

Art. 24, al. 2 et 3

Art. 24, al. 2

La délégation de compétence faite à l'OFAS relative à la conclusion de conventions tarifaires est désormais reprise à l'art. 27 al. 1 LAI. Avec l'introduction de cette modification, le renvoi à l'art. 27 LAI et l'art. 41, al. 1, let. I RAI devient obsolète (cf. art. 41, al. 1, let. I P-RAI).

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 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

Le Tribunal administratif fédéral a constaté⁴⁷ 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

⁴⁶ RS 836.2

⁴⁷ ATAF 2014/51

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 prix⁴⁸. 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.

⁴⁸ RS 942.20

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.

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. 1.

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 remplace l'actuel 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 caractère économique, 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, inactif ou actif à temps partiel). Pour cela, il faut se demander quelle aurait été sa situation professionnelle s'il n'avait pas subi d'atteinte à la santé. En principe, on se référera à la situation qui prévalait avant 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, 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 déterminant⁴⁹. 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 vie⁵⁰.

Le statut de l'assuré se détermine en fonction de la manière dont les circonstances se sont développées jusqu'au moment où la décision a été rendue⁵¹.

Art. 24^{septies}, al. 2, 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. 2, 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 % ou plus s'ils n'avaient pas subi d'atteinte à la santé. Le taux d'occupation auquel correspond une activité lucrative de 100 % au minimum varie en fonction des activités et doit être évalué sur la base de la durée de travail usuelle dans l'entreprise concernée. Un taux d'occupation de 100 % ou plus peut aussi bien être atteint par l'exercice d'une activité unique que par plusieurs activités lucratives qui, ensemble, donnent un taux d'occupation de 100 % au minimum.

Par ailleurs, 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. On reprend ainsi simultanément la réglementation de l'actuel art. 27^{bis}, al. 1, RAI, selon lequel les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et celles qui apportent leur aide à temps partiel dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérées doivent être considérées comme exerçant une activité lucrative si l'on peut supposer que, sans atteinte à la santé, elles auraient exercé une activité lucrative à temps plein au moment de l'évaluation du droit à la rente.

⁴⁹ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_889/2011 du 30 mars 2012, consid. 3.2.1

⁵⁰ Cf. par ex. ATF 117 V 194

⁵¹ Cf. RCC 1989, p. 127

Les personnes en formation relèveront 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. Selon l'art. 5, al. 2, LAI, l'invalidité des assurés âgés de moins de 20 ans qui n'exercent pas d'activité lucrative est déterminée en application de 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 qui n'exercent pas d'activité lucrative est déterminée par rapport à une activité lucrative raisonnablement exigible. C'est n'est qu'à partir du moment où l'on ne peut raisonnablement attendre d'eux qu'ils exercent une activité lucrative que le statut « sans activité lucrative » selon l'art. 8, al. 3, LPGA, intervient, et donc l'impossibilité d'accomplir ses travaux habituels. De manière simplifiée, on peut dire qu'il faut partir du principe que les assurés qui suivent une formation et n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé doivent être considérés comme exerçant une activité lucrative, à moins qu'il ne ressorte de circonstances concrètes que l'on ne peut pas raisonnablement attendre cela d'eux. Pour ces assurés, l'invalidité est donc en principe évaluée au moyen d'une comparaison des revenus.

Art. 24^{septies}, al. 2, let. b

Le statut « sans activité lucrative » est donné lorsque l'assuré n'exercerait aucune activité lucrative même en l'absence d'atteinte à la santé. Dans ces cas, le taux d'invalidité est déterminé selon la méthode spécifique de la comparaison des activités prévue à l'art. 28a, al. 2, LAI.

Les personnes vivant de leur fortune et les personnes ayant pris une retraite anticipée dont l'atteinte à la santé survient seulement après l'acquisition de ces statuts sont également considérés comme « sans activité lucrative ». Pour ces assurés, il faut généralement partir du principe qu'ils auraient gardé le statut de personnes vivant de leur fortune ou de retraités même sans atteinte à la santé et qu'ils n'auraient donc plus exercé d'activité lucrative. Ils sont donc considérés comme accomplissant leurs travaux habituels au sens de l'art. 28a, al. 2, LAI. En ce qui les concerne, il ne serait pas approprié de parler d'activités purement de loisirs⁵², car ces personnes ne seraient alors plus assurées dans le cadre de l'AI contre les suites d'une incapacité de gain due à l'invalidité, ce qui serait contraire à l'esprit et au but d'une assurance populaire obligatoire⁵³. Par ailleurs, il faut tenir compte du fait que dans le cas des personnes travaillant à temps partiel également, on part du principe qu'elles accomplissent aussi des travaux habituels en plus d'exercer une activité lucrative (voir le commentaire de l'art. 27^{bis}, al. 1, P-RAI).

Dans la mesure où une personne vivant de sa fortune se charge elle-même de la gestion de sa fortune, cette activité peut toutefois être prise en compte au titre d'activité lucrative ou d'activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 24^{septies}, al. 2, let. a ou c, P-RAI.

Art. 24^{septies}, al. 2, let. c

Les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % 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.

Par analogie avec l'al. 2, 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.

⁵² Cf. ATF 142 V 290, consid. 7.1

⁵³ Cf. par ex. Gächter / Meier, *Rechtsprechung des Bundesgerichts im Bereich der Invalidenversicherung*, in: SZS 3/2017, p. 311 ss

Art. 25

Titre

Le titre de l'art. 25 RAI est modifié ; il devient « Principes de la comparaison des revenus », car désormais, c'est ici que sont définis les principes les plus importants applicables à la fixation des revenus déterminants au sens de l'art. 28a, al. 1, LAI.

Art. 25, al. 1

L'al. 1 reprend en grande partie la réglementation actuelle sur les revenus déterminants, mais la structure diffère. L'al. 1, let. a, reprend la disposition actuelle. L'al. 1, let. b, reprend la disposition de l'actuel al. 1, let. c. L'actuelle disposition de l'al. 1, let. b, est supprimée, puisqu'il n'est plus demandé si un éventuel salaire social a été versé pour déterminer le revenu avec invalidité (art. 26^{bis}, al. 1, P-RAI). Étant donné que dans le DC AI, le revenu effectivement réalisé est toujours considéré comme un revenu avec invalidité à condition que la capacité fonctionnelle soit exploitée le mieux possible, le maintien de la réglementation actuelle ferait apparaître une contradiction.

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, à savoir que les revenus déterminants doivent toujours 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 compte⁵⁴.

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 revenus⁵⁵. 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 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. Dans des cas particuliers dûment motivés, l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger peut également établir les revenus à comparer sur la base du marché du travail étranger, notamment quand les revenus effectifs sur ce marché sont connus et qu'ils ne peuvent pas être convertis sans autres sur le marché suisse du travail. Cela suppose toutefois que les deux revenus à comparer sont déterminés sur le même marché du travail étranger.

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'ESS de l'OFS.

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 foi⁵⁶. Dans des cas justifiés, on peut continuer à s'appuyer sur d'autres tableaux de l'ESS (par ex.

⁵⁴ Cf. entre autres arrêt du Tribunal fédéral 8C_132/2020 du 18 juin 2020, consid. 4.1

⁵⁵ Cf. ATF 129 V 222, consid. 4.4

⁵⁶ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_671/2010 du 25 février 2011, consid. 6.4.2

pour un assuré pouvant prétendre à un poste tant dans le secteur public que privé ou un spécialiste particulièrement qualifié et titulaire d'un diplôme d'une haute école).

Lors de l'utilisation du tableau TA1_tirage_skill_level, il faut d'abord déterminer si ce sont les valeurs pour un secteur économique donné (branche) ou celles de l'ensemble des secteurs économiques qui reflètent le mieux la situation de l'assuré. La formation professionnelle de l'assuré doit être prise en compte, à moins qu'il n'ait jamais exercé la profession en question ou qu'il l'ait quittée depuis des années déjà. Généralement, on utilise les valeurs de la branche du tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS correspondant à la formation professionnelle. En revanche, si, en raison de sa formation ou de son expérience professionnelle, l'assuré peut avoir accès à l'ensemble du marché du travail, les valeurs totales du tableau TA1_tirage_skill_level peuvent être utilisées.

Ensuite, il convient de définir le niveau de compétences applicable. Ici aussi, la formation professionnelle de l'assuré joue un rôle. Ainsi, les personnes sans formation professionnelle ont souvent un niveau de compétences 1 et une grande partie des personnes ayant suivi une formation professionnelle, comme une AFP ou un CFC, ont un niveau de compétences 2⁵⁷.

Si, dans un cas particulier, un revenu n'est pas représenté dans l'ESS, il reste possible de se référer à d'autres valeurs statistiques ; pour les indépendants par exemple, dont les valeurs ESS sont parfois inadéquates puisqu'elles se basent sur des salaires d'employés⁵⁸. Pour les travailleurs indépendants, on peut ainsi s'appuyer sur les valeurs statistiques de la branche concernée⁵⁹ ou, éventuellement, sur les salaires effectivement versés aux employés.

La jurisprudence du Tribunal fédéral tient compte de valeurs indépendantes de l'âge et spécifiques au sexe dans les valeurs statistiques⁶⁰. Cette pratique doit être codifiée. C'est précisément la prise en compte du sexe dans la détermination des valeurs statistiques qui permet d'éviter une discrimination injustifiée basée sur des différences salariales : les facteurs étrangers qui influencent la comparaison des revenus sont en effet pris en compte des deux côtés.

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 selon la division économique » 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'OFS⁶¹ s'applique en l'occurrence.

En cas de recours aux salaires statistiques, il convient alors, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, de toujours utiliser les tableaux de l'ESS les plus actuels au moment où la décision est rendue⁶². Le cas échéant, toute valeur qui se rapporte à une année antérieure doit être indexée jusqu'à l'année concernée, c'est-à-dire adaptée à l'évolution des salaires nominaux. On utilisera à cet effet l'indice suisse des salaires publié par l'OFS⁶³ ainsi que les valeurs spécifiques aux sexes⁶⁴.

Dès lors que l'on s'appuie sur des valeurs statistiques pour une branche spécifique, il convient également d'utiliser les horaires de travail usuels et l'évolution des salaires nominaux de la branche considérée. Dans les autres cas, il faut prendre comme base le temps de travail usuel

⁵⁷ Pour les niveaux de compétences : cf. commentaires des résultats de l'ESS 2016, p. 25 s ; à consulter sur : <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/184-1600>. Voir également la classification CIP des groupes de professions en niveaux de compétences, qui attribue aux professions élémentaires (groupe 9) le niveau de compétences 1 et aux groupes 4 à 8 le niveau de compétences 2 ; aussi à ce sujet : les commentaires du tableau T17 (Salaire mensuel brut selon les groupes de professions, l'âge et le sexe), à consulter sur <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/je-f-03.04.01.02.47>.

⁵⁸ Cf. approche de l'enquête, consultable sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/enquetes/ess.assetdetail.6468400.html>

⁵⁹ Cf. RCC 1962, p. 125

⁶⁰ Cf. VSI 2000, p. 82, consid. 2a, et ATF 129 V 408, consid. 3.1.2

⁶¹ Consultable sur <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/je-f-03.02.03.01.04.01>. Les divisions économiques sont définies selon la Nomenclature générale des activités économiques 2008 (NOGA 2008), consultable sur <https://www.kubb-tool.bfs.admin.ch/fr>.

⁶² Cf. ATF 143 V 295, consid. 2.3

⁶³ Consultable sur <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/je-f-03.04.03.00.05> ; <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/je-f-03.04.03.00.03> ; <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/je-f-03.04.03.00.04>

⁶⁴ Cf. ATF 129 V 408 E. 3.1.2

total au sein de l'entreprise ou l'évolution des salaires nominaux de toutes les divisions économiques.

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. Le nouvel art. 26 P-RAI détermine le revenu sans invalidité, de manière générale, pour tous les assurés. Dans un souci d'égalité, ces dispositions générales doivent aussi s'appliquer aux invalides de naissance et aux invalides précoces, dans la mesure de ce qui est possible et raisonnable.

Art. 26, al. 1

Selon l'art. 16 LPGA, le revenu sans invalidité correspond au revenu que l'assuré réaliserait s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité est déterminé sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité⁶⁵.

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 resté en bonne santé. Par analogie à la jurisprudence du Tribunal fédéral, un montant moyen servira de base en lieu et place du dernier revenu réalisé si le revenu a fortement varié les dernières années précédant la survenance de l'invalidité, par exemple en raison de changements fréquents d'emploi ou de chômage. Les revenus versés les années précédant l'invalidité sont pris en compte pour calculer un revenu moyen approprié.

Si un assuré a exercé une activité 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. Le fait qu'un assuré ait exercé une activité lucrative à temps partiel en plus de son activité lucrative principale ou qu'il ait atteint un taux d'occupation supérieur à 100 % en cumulant plusieurs activités à temps partiel n'a pas d'importance. Le projet prévoit qu'aucune réduction ne soit plus opérée pour atteindre un taux d'occupation de 100 %, ce qui uniformise la jurisprudence du Tribunal fédéral⁶⁶. 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 invalide. 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, il convient de se baser, dans ces cas également, sur un montant moyen approprié⁶⁷.

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 indépendants⁶⁸.

Art. 26, al. 2

Si le revenu effectivement réalisé au sens de l'al. 1 est inférieur d'au moins 5 % au revenu médian usuel de la branche tel qu'il ressort de l'ESS, il faut procéder à une parallélisation⁶⁹.

La parallélisation signifie que les facteurs économiques qui avaient déjà un impact négatif sur le revenu de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé (notamment faible niveau des

⁶⁵ Cf. entre autres arrêt du Tribunal fédéral 9C_4040/2007 du 11 avril 2008, consid. 2.3

⁶⁶ Cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_765/2007 du 11 juillet 2008, consid. 4.1.2, et 8C_671/2010 du 25 février 2011, consid. 4.5

⁶⁷ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_771/2017 du 29 mai 2018, consid. 3.1.6

⁶⁸ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_898/2010 du 13 avril 2011, consid. 5.3

⁶⁹ Cf. ATF 135 V 58 et 135 V 297

salaires dans une région, statut de séjour [frontaliers inclus], nationalité, connaissances insuffisantes de la langue locale, formation insuffisante ou encore âge), sont pris en compte pour correction lors de la détermination des revenus à comparer. Le principe selon lequel les facteurs non liés à l'invalidité n'ont pas à intervenir ou doivent être pris en compte de la même manière pour les deux revenus à comparer est ainsi respecté⁷⁰.

La parallélisation s'effectue sur la base du revenu sans invalidité, celui-ci étant fixé à 95 % de la valeur médiane usuelle de la branche correspondante de l'ESS. Là aussi, par analogie à l'art. 25, al. 3, P-RAI, il y a lieu de se baser sur les valeurs du tableau TA1_tirage_skill_level (« Salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe, Secteur privé »). La branche économique considérée ainsi que le niveau de compétences applicable doivent être définis ; en application des principes généraux, des valeurs indépendantes de l'âge et spécifiques au sexe sont utilisées.

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, éventuellement, l'assuré ne se serait pas satisfait d'un revenu aussi modeste⁷¹. 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 effectivement réalisé selon l'al. 1 est inférieur de 5 %, voire davantage au revenu médian usuel dans la branche selon l'ESS.

Contrairement à la pratique du Tribunal fédéral, une parallélisation est ici aussi pratiquée lorsque l'assuré réalise le salaire minimum prévu par convention collective de travail (CCT) ou contrat-type de travail (CTT) mais que celui-ci reste néanmoins inférieur de 5 %, voire davantage au revenu médian usuel dans la branche selon l'ESS⁷². Une CCT ou un CTT ne règle que le salaire minimum, généralement pas le revenu usuel. Enfin, de nombreuses CCT et CTT ne s'appliquent que régionalement. Le travail des organes d'exécution serait considérable s'il fallait vérifier dans chaque cas qu'une CCT ou un CTT s'applique. Avec l'application automatique de la parallélisation pour les salariés, tous les facteurs économiques pouvant être pris en considération pour un abattement en raison d'une atteinte à la santé sont déjà pris en compte. Ainsi, l'abattement en raison d'une atteinte à la santé est transformé en un abattement pour travail à temps partiel (voir art. 26^{bis}, al. 3, P-RAI)⁷³.

Art. 26, al. 3, let. a

Une parallélisation n'est pas effectuée lorsque le revenu avec invalidité est également calculé sur la base du revenu effectif et que celui-ci est inférieur de 5 %, voire davantage au revenu médian usuel dans la branche selon l'ESS. Cela résulte du principe déjà mentionné selon lequel les facteurs étrangers à l'invalidité sont soit ignorés soit pris en compte de manière identique pour les deux revenus à comparer⁷⁴.

Art. 26, al. 3, let. b

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 jurisprudence actuelle en la matière⁷⁵ est reprise. À des fins de simplification et d'uniformisation de la réglementation, une parallélisation est de ce fait 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

⁷⁰ Cf. ATF 129 V 222, consid. 4.4

⁷¹ Cf. ATF 134 V 322, consid. 4.1

⁷² Cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_537/2016 du 11 avril 2017, consid. 6, et 8C_141/2016 du 17 mai 2016, consid. 5.2.2.3

⁷³ Cf. ATF 135 V 297, consid. 6.2

⁷⁴ Cf. ATF 129 V 222, consid. 4.4

⁷⁵ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C 148/2016 du 2 novembre 2016, consid. 2.1, et ATF 135 V 58

représentatifs, il y a plutôt lieu de se référer à des valeurs statistiques pour la fixation du revenu sans invalidité⁷⁶.

Art. 26, al. 4

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 au motif 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'assuré⁷⁷ ou, dans le cas d'un indépendant, de la faible représentativité des premières années d'activité⁷⁸.

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 similaire⁷⁹. Pour la détermination de la valeur statistique, voir le commentaire de l'art. 25, al. 3, P-RAI.

Si aucun revenu effectif ne peut être pris en compte, les assurés titulaires d'une AFP ou d'un CFC sont toujours soumis à l'al. 4. En pareils cas, le Tribunal fédéral a parfois estimé que l'assuré n'avait pas acquis des 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 intégrer le marché primaire du travail⁸⁰. Cette jurisprudence s'oppose aux principes de la LFP, qui règle de manière détaillée les exigences relatives à l'AFP et au CFC. La forte standardisation de la formation professionnelle permet de certifier qu'une personne 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 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, al. 5

L'al. 5 reprend l'actuel art. 26, al. 2, RAI.

Les personnes qui ont prévu ou 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 pour ce qui est de la détermination du revenu sans invalidité.

Il s'agit d'une part des personnes qui ont débuté une formation professionnelle et qui tombent malades ou ont un accident en cours de formation et qui, de ce fait, ne peuvent achever leur formation ou doivent se diriger vers une formation moins qualifiante.

D'autre part, cela concerne aussi les personnes qui ont planifié une formation professionnelle spécifique mais qui, en raison d'une invalidité survenue par la suite, ne peuvent commencer cette formation ou doivent se diriger vers une formation moins qualifiante.

Le terme de « formation professionnelle » couvre toutes les formations qui font suite à la scolarité obligatoire et qui s'effectuent dans une structure ordinaire⁸¹. Il s'agit aussi bien de la formation professionnelle initiale (AFP, CFC, maturité professionnelle), de la formation en écoles d'enseignement général (certificat ou maturité obtenu auprès d'une école de culture générale, maturité gymnasiale) que des formations de niveau tertiaire (formation professionnelle supérieure ou hautes écoles). Les formations ne se limitent pas à celles visées à l'art. 16 LAI.

L'al. 5 ne concerne pas les jeunes qui suivent une formation élémentaire AI ou une formation pratique INSOS ; ils sont régis par l'al. 6 ci-après.

⁷⁶ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_148/2016 du 2 novembre 2016, consid. 2.2.

⁷⁷ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_513/2014 du 17 décembre 2014, consid. 6.5 s.

⁷⁸ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_148/2016 du 2 novembre 2016, consid. 2.1

⁷⁹ Cf. ATF 114 V 310, consid. 4a

⁸⁰ Cf. entre autres arrêt du Tribunal fédéral 9C_233/2018 du 11 avril 2019

⁸¹ Cf. aperçu du système éducatif suisse du SÉFRI, consultable sous <https://www.sbf.admin.ch/sbf/fr/home/formation/l-espace-suisse-de-formation/systeme-educatif-suisse.html>

Comme à l'al. 4, les valeurs statistiques selon l'art. 25, al. 3, P-RAI doivent être prises en compte.

Art. 26, al. 6

Cet alinéa reprend la règle de l'actuel art. 26, al. 1, RAI applicable aux 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 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 commencer aucune formation professionnelle ou qui suivent une formation élémentaire AI ou une formation pratique INSOS.

Les classes d'âge actuelles prévues pour ces assurés à l'art. 26, al. 1, RAI sont supprimées, car elles conduisent, 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 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 détermination du revenu sans invalidité des invalides de naissance et invalides précoces doit également se baser sur les mêmes principes que ceux applicables aux autres assurés. Ainsi comme aux al. 4 et 5, la valeur médiane de l'ESS du tableau TA1_tirage_skill_level est déterminante (voir art. 25, al. 3, P-RAI). En définitive, elle couvre 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 ni le niveau de compétences qu'il aurait ainsi atteint. En dérogation à l'art. 25, al. 3, P-RAI, on se base sur des valeurs indépendantes du sexe pour les invalides de naissance et les invalides précoces, car cela a été fait de cette manière jusqu'ici et parce que, pour ces assurés, il n'y a pas de lien ou d'indication d'une quelconque activité exercée par le passé qui aurait donné lieu à un versement de salaire spécifiquement lié au sexe de la personne.

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. De ce fait, la détermination du revenu avec invalidité est régie à l'art. 26^{bis} P-RAI.

Art. 26^{bis}, al. 1

Selon l'art. 16 LPGa, le « revenu avec invalidité » correspond au revenu que l'assuré pourrait réaliser 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. Jusqu'ici, la jurisprudence et la pratique de l'administration appelaient ce revenu « revenu d'invalidé ».

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 sur la condition que l'assuré tire tout le parti possible de sa capacité fonctionnelle restante (cf. art. 54a, al. 3,

LAI et art. 49, al. 1^{bis}, P-RAI). Ce principe repose sur l'obligation de l'assuré de réduire le dommage. Ce n'est que si l'assuré tire de l'activité exercée un revenu à hauteur de ce que sa capacité fonctionnelle résiduelle permet d'escompter que ce revenu peut servir de base pour déterminer le revenu avec invalidité. Étant donné qu'en vertu de l'art. 26^{bis}, al. 2 P-RAI, on se base sur les valeurs statistiques visées à l'art. 25, al. 3, P-RAI en l'absence de revenu effectif, cela signifie qu'une valorisation optimale est atteinte uniquement si le revenu ainsi réalisé s'approche au plus près de la valeur médiane statistique correspondante. Les critères supplémentaires actuellement requis par la jurisprudence⁸² 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 équilibré sont supprimés. Ces critères sont difficilement vérifiables dans la pratique et présentent le risque que l'employeur réduise ses coûts en versant délibérément un salaire bas à l'assuré, sachant que celui-ci recevra des prestations plus élevées à charge de l'AI.

Par analogie avec la jurisprudence actuelle, il reste 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 en raison d'un taux d'occupation trop bas et lorsqu'une augmentation correspondante du taux d'occupation est envisageable au moins pour l'employeur⁸³.

Art. 26^{bis}, al. 2

Si, en devenant invalide, l'assuré ne réalise plus de revenu ou qu'il est impossible de lui attribuer un revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé à l'aide de valeurs statistiques. Conformément à l'art. 16 LPGA, 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, 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.

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

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, P-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, ce dont il faudrait tenir compte en conséquence dans la détermination statistique du salaire⁸⁴.

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.⁸⁵

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. 6, P-RAI). Pour éviter toute distorsion, le revenu avec invalidité doit donc lui aussi être déterminé sur la base de valeurs indépendantes du sexe⁸⁶.

⁸² Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_720/2012 du 11 février 2013, consid. 2.3.2

⁸³ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_720/2012 du 11 février 2013, consid. 2.3.2

⁸⁴ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_766/2011 du 30 décembre 2011, consid. 3.2.2

⁸⁵ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_460/2011 du 22 septembre 2011, consid. 4 s.

⁸⁶ Cf. ATF 129 V 222, consid. 4

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 santé⁸⁷, 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 n'est désormais plus appliqué. Les limitations dues à l'atteinte à la santé de l'assuré ainsi que les répercussions du travail à temps partiel continuent néanmoins d'être prises en considération, éventuellement avec d'autres instruments que ceux d'aujourd'hui :

- 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. 2, P-RAI). Comme la parallélisation est 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.⁸⁸ Le tableau T17 de l'ESS (Salaire mensuel brut [valeur médiane] selon les groupes de professions, l'âge et le sexe)⁸⁹ montre que le facteur de l'âge n'a dans aucune catégorie un effet réducteur sur le salaire. Par ailleurs, plus le profil requis (ou, dans le présent projet, le niveau de compétences) est faible, moins le facteur de l'ancienneté est important dans le secteur privé.⁹⁰ 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 employeur⁹¹. À noter également que, lors de la parallélisation 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 fois⁹².

Reste donc le facteur 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 médiane) selon le taux d'occupation, la position professionnelle et le sexe » des années 2008 à 2018⁹³ de l'ESS. Le salaire statistique fera par conséquent l'objet d'une réduction forfaitaire de 10 % pour tous les assurés qui ne peuvent avoir qu'un taux d'occupation de 50 % ou moins en raison de leurs capacités fonctionnelles (art. 49, al. 1^{bis}, P-RAI).

Pour l'octroi de l'abattement, il n'est pas important de savoir si l'assuré exerce une activité lucrative à temps plein ou seulement à temps partiel, car dans les deux cas, la comparaison des revenus se fait toujours sur la base d'une activité exercée à temps plein (pour une personne travaillant à temps partiel, voir notamment le commentaire de l'art. 27^{bis}, al. 2, P-RAI). L'élément déterminant est toujours l'évaluation des capacités fonctionnelles. Si ces capacités

⁸⁷ Cf. entre autres ATF 126 V 75

⁸⁸ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_610/2007 du 23 octobre 2007, consid. 4.1

⁸⁹ Peut être consulté sur <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/je-f-03.04.01.02.47>

⁹⁰ Cf. ATF 126 V 75

⁹¹ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2017 du 18 janvier 2018, consid. 5.4.1

⁹² Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_774/2019 du 3 mars 2020, consid. 8.6

⁹³ Peut être consulté sur <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/je-f-03.04.01.01.18>

sont égales ou inférieures à 50 % par rapport à une activité lucrative exercée à plein temps, la réduction est accordée, quel que soit le temps nécessaire pour fournir la prestation correspondante.

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} P-RAI est adapté. En effet, la réglementation spéciale de l'art. 27^{bis}, al. 1, RAI concernant le statut des assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés est couverte par l'art. 24^{septies} P-RAI, qui régit la détermination du statut. L'art. 27^{bis} P-RAI 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} P-RAI est adaptée. L'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 les travaux habituels. 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 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 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'art. 27^{bis}, al. 3, 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 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.⁹⁴ 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. 2, P-RAI).

Art. 27^{bis}, al. 3

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

Art. 32, al. 1

(Adaptation formelle du 16.11.2021 : à l'instar de la disposition d'ordonnance, le commentaire de l'art. 53, al. 1, P-RAVS est déplacé à l'identique à l'art. 32, al. 1, P-RAI)⁹⁵

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.

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 pourront être exprimées en un grand nombre de pourcentages d'une rente entière. La réduction des rentes pour enfant continuera d'être opérée en proportion de la rente entière. Il s'agit d'une modification purement formelle, sans changement matériel.

Art. 38, al. 2

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, avec la lettre circulaire AI n° 394, le catalogue des prestations de soins extrahospitalières a été étendu ; il est repris à l'art. 3^{quinquies}, al. 3, P-RAI. 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. Dans la version française de la disposition, le terme « se monte » est en outre remplacé par « s'élève ». L'alinéa 1 est ainsi aligné sur les alinéas 2 et 3. Il s'agit d'une harmonisation purement linguistique sans aucun changement matériel.

Art. 39f, al. 2

Le mot « Franken » fait l'objet d'une adaptation formelle en allemand.

⁹⁴ Cf. ATF 145 V 370

⁹⁵ En raison de cette adaptation formelle, le renvoi à l'art. 53, al. 1, P-RAVS qui figurait au chap. 3.5 a été remplacé par le renvoi à l'art. 32, al. 1, P-RAI.

Art. 39f, al. 3

Cette modification ne résulte pas du DC AI, mais de l'évaluation de la contribution d'assistance (de 2012 à 2019)⁹⁶ 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} 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.

⁹⁶ Guggisberg, Jürg / Bischof, Severin (2020) : *Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2019: Schlussbericht 2020*. PR-AI, rapport de recherche n° 16/20. Disponible sous : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.

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^{ter}

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

La règle de la let. e est abrogée, suivant l'abrogation de l'art. 70 RAI (cf. commentaire ci-dessous), car le plan de réadaptation est désormais établi dans le cadre de la gestion des cas (cf. art. 41a P-RAI). La surveillance et l'exécution des mesures de réadaptation ordonnées sont réglées à l'art. 57, al. 1, let. f, LAI.

Art. 41, al. 1, let. f

La let. f est abrogée. La collaboration avec les acteurs est réglée 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 réglée 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. En outre, la réglementation qui figurait auparavant à l'art. 2c, let. b, de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires (LPC)⁹⁷ se trouve maintenant à l'art. 4, al. 1, let. d, LPC. Le renvoi de l'art. 41, al. 1, let. k, P-RAI à cette disposition doit donc être adapté ; il s'agit là d'une modification sans conséquence matérielle.

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 réglée 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. suivants : art. 3a, 3a^{bis}, 8, al. 1^{bis} et 1^{er}, 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,

⁹⁷ RS 831.30

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 à c

Les let. a à c précisent que les différents experts, binômes d'experts pour les expertises bidisciplinaires (binômes d'experts) et centres d'expertises doivent être indiqués dans la liste. Les offices AI recensent les experts, les binômes d'experts ou les centres d'expertises qui remplissent les exigences requises.

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

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

- Ch. 1 : nombre d'expertises confiées par mandat de l'office AI 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.). Pour les expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires, les incapacités attestées par l'évaluation globale consensuelle sont saisies dans la liste. Les informations répertoriées sont celles des expertises reçues par l'office AI au cours de l'année civile.
- 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). Les décisions répertoriées sont celles reçues par l'office AI au cours de l'année civile.

- Ch. 4 : cette rubrique mentionne le montant global par office AI des rémunérations versées par l'AI aux experts, aux binômes d'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 le 1^{er} mars de l'année suivante par les offices AI.

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

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. Ce récapitulatif sera toujours publié le 1^{er} juillet de l'année suivante.

Art. 49, al. 1^{bis}

L'abattement en raison d'une atteinte à la santé est pris en compte à différents endroits (cf. commentaire des art. 26, al. 2, et 26^{bis}, al. 3, P-RAI).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. 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 travail⁹⁸.

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.

Art. 52, al. 1

La réglementation qui figure actuellement à l'art. 59, al. 2, LAI a été déplacée à l'art. 54a, al. 1, LAI. Le renvoi de l'art. 52, al. 1, 1^{re} phrase, P-RAI à cette disposition doit donc être adapté ; il s'agit là d'une modification sans conséquence matérielle.

⁹⁸ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_25/2010 du 21 mai 2010, consid. 4.2.2

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 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 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 ici 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

(Ne concerne que le texte français)

Le terme « enquête » est remplacé par « instruction » dans la 2^e phrase. 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 1987⁹⁹.

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^{bis}

Les exigences professionnelles applicables aux experts seront fixées au niveau du règlement par le Conseil fédéral (art. 7m 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, d'autant plus que les experts doivent, dans toute la mesure du possible, être choisis d'un commun accord dans le cadre de la procédure de consensus.

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.

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 ou des binômes d'experts fixes 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 soit effectué de manière uniforme selon le principe du hasard et que les offices AI n'aient pas d'influence sur le choix des experts.

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'expertise¹⁰⁰. C'est pourquoi les 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 ou à des binômes d'experts fixes et afin que les règles de procédure valables pour les expertises pluridisciplinaires soient également applicables, l'art. 72^{bis} est complété. La plateforme de répartition SuisseMED@P doit être complétée en conséquence.

⁹⁹ RO 1987 456

¹⁰⁰ Cf. ATF 137 V 210, consid. 2.4, p. 237

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. 1 et 2, let. e

Art. 73^{bis}, al. 1

L'art. 57, al. 1, LAI est modifié dans le cadre du DC AI, de sorte que le renvoi de l'art. 73^{bis}, al. 1, RAI à cette disposition doit être adapté.

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)¹⁰¹ 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^{ter}, al. 1

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le délai de 30 jours accordé pour contester le préavis est réglé à l'art. 57a, al. 3, LAI. L'art. 73^{ter}, al. 1, RAI peut donc être supprimé.

Art. 74^{ter}, phrase introductive

Dans la version italienne de cette disposition, une erreur de traduction doit être corrigée. La partie de la phrase introductive « e corrispondo alla richiesta dell'assicurato » doit être remplacée par « e tutte le richieste dell'assicurato sono accolte ».

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.¹⁰² 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.

¹⁰¹ RS 832.12

¹⁰² Cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_764/2014 du 21 juillet 2015

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

Dans le contexte médical, « procédures » est un terme général qui désigne les opérations et les traitements effectués sur la base du diagnostic.

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 assureurs¹⁰³ 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 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 fédéraux¹⁰⁴ 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).

¹⁰³ RS 832.102.14

¹⁰⁴ RS 431.012.1

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. 80, al. 1^{bis}

L'art. 24^{quater}, al. 1, 2^e phrase, LAI charge le Conseil fédéral de définir les modalités du versement de l'indemnité journalière aux assurés qui suivent une FPI et qui n'ont pas d'employeur. Il convient toutefois de préciser que les centres de formation et institutions formatrices sont considérés comme des employeurs au sens de l'art. 24^{quater}, al. 1, LAI.

En ce qui concerne la formation professionnelle supérieure ou en haute école (art. 22, al. 3, LAI), l'indemnité journalière est versée directement à l'assuré.

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 minimale 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 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. Cette 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 définitive. La Centrale de compensation (CdC) 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 définitive est transmise à la CNA.

La masse salariale provisoire et la masse salariale définitive sont déterminées selon les dispositions de l'art. 132c, al. 1, 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 définitive) sont remboursés par la CdC 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 qui figure dans la dernière phrase de la disposition 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^{ter}, 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.

Art. 96^{ter}, al. 2

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 clé de répartition déterminant les contributions des différents offices AI se fonde donc sur le nombre de personnes âgées de 13 à 25 ans dans la population résidente cantonale permanente. 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. L'OFAS met donc à jour cette clé de répartition tous les quatre ans seulement, en tenant compte de l'évolution du nombre de personnes âgées de 13 à 25 ans dans la population résidente permanente durant cette période.

Art. 96^{ter}, al. 3

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. Ces catégories, qui donnent droit à des contributions allant de 50 000 à 400 000 francs, sont définies en fonction de la part des personnes âgées de 13 à 25 ans dans

la population résidente permanente du canton. La clé de répartition et les différentes catégories de contributions peuvent être consultées dans le tableau au chap. 3.1 du présent rapport. Deux conditions doivent être remplies : d'une part, la contribution maximale octroyée à l'office AI est déterminée par sa position dans le tableau, c'est-à-dire concrètement par les dépenses effectives du canton, et d'autre part, elle ne doit pas dépasser un tiers des dépenses cantonales.

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. 3.1).

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^{er}, 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^{er}, 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}

On peut déduire de la volonté du législateur que la nouvelle règle en matière de responsabilité introduite à l'art. 68^{quinquies} LAI 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. 1 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)¹⁰⁵, la LACI, la LFPr et la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers et l'intégration (LEI)¹⁰⁶.

La participation financière provient du Fonds de compensation de l'AI et est versée par la 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.

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 AI¹⁰⁷, 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

¹⁰⁵ RS 151.3

¹⁰⁶ RS 142.20

¹⁰⁷ FF 2017 2503 s.

Conséquences des dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020

De manière générale, les prestations en cours doivent être adaptées aux modifications ultérieures du droit, sauf si le législateur a prévu d'autres dispositions transitoires¹⁰⁸. Puisque c'est le cas ici (dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020, ci-après : dispositions transitoires de la LAI), les nouvelles dispositions réglementaires relatives à l'évaluation du taux d'invalidité ne s'appliqueront tout d'abord qu'aux nouvelles rentes. Pour les rentes en cours, elles ne seront valables que si les conditions énoncées dans les dispositions transitoires de la LAI sont remplies. Ces dernières font la distinction entre deux groupes de personnes, en fonction de leur âge au moment de l'entrée en vigueur du DC AI :

Pour les bénéficiaires de rentes qui auront au moins 55 ans au moment de l'entrée en vigueur, l'ancien droit resterait applicable (dispositions transitoires de la LAI, let. c). Cela signifie, d'une part, que ces personnes resteront dans le système de paliers en quarts de rente jusqu'à leur sortie de l'assurance-invalidité et, d'autre part, que les dispositions matérielles valables avant l'entrée en vigueur de la réforme continueront de s'appliquer. Il s'agit là en particulier des dispositions relatives à l'évaluation du taux d'invalidité et des conditions de révision des prestations (art. 17, al. 1, LPGA, dans sa version valable jusqu'à l'entrée en vigueur du DC AI).

Le droit à la rente des bénéficiaires qui n'auront pas encore 55 ans au moment de l'entrée en vigueur restera quant à lui inchangé jusqu'à ce que leur taux d'invalidité subisse une modification au sens de l'art. 17, al. 1, LPGA (dispositions transitoires de la LAI, let. b, al. 1). Cela signifie que la nouvelle réglementation concernant le système de rentes linéaire et en particulier celle concernant l'évaluation du taux d'invalidité, qui y est liée, ne s'appliqueront qu'en cas de modification au sens de l'art. 17, al. 1, LPGA. Les cas visés à la let. b, al. 2, des dispositions transitoires de la LAI demeurent réservés.

Situation des invalides de naissance ou invalides précoces

Avec les présentes modifications, les prescriptions relatives à la fixation du revenu sans invalidité pour les invalides de naissance et les invalides précoces sont adaptées aux principes généraux valables pour tous les assurés (cf. art. 26, al. 6, P-RAI).

Les catégories d'âge de l'actuel art. 26, al. 1, RAI pour les assurés de moins de 30 ans sont supprimées, car selon ces principes généraux, les valeurs statistiques utilisées doivent être indépendantes de l'âge (cf. art. 25, al. 3, P-RAI). 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 prise en compte. Sont concernés, d'autre part, les assurés disposant d'une formation professionnelle, pour lesquels le revenu sans invalidité a néanmoins été en partie calculé sur la base de l'actuel art. 26, al. 1, RAI. Dans leur cas, il faut prendre en compte le revenu fondé sur des valeurs statistiques pour ce diplôme professionnel (également sans catégories d'âge). Par la suppression de ces catégories, il sera en règle générale tenu compte pour ces assurés, avec le nouveau calcul, d'un revenu sans invalidité identique, voire plus élevé.

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 dans l'année qui suit. Dans le cas contraire, si les conditions de révision prévues à l'art. 17, al. 1, LPGA ne sont pas remplies, leur droit à la rente resterait fondé sur un revenu sans invalidité réduit même après l'âge de 30 ans. Étant donné qu'il s'agit ici d'augmenter le revenu sans invalidité et donc le droit à la rente, seuls les assurés qui ne touchent pas déjà une rente entière sont concernés.

L'éventuelle augmentation du droit à la rente a lieu en même temps pour tous les assurés, à savoir au moment de l'entrée en vigueur des présentes modifications.

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

¹⁰⁸ Cf. ATF 135 V 201, consid. 6.1.1

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 resterait 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 disposition transitoire de la modification de l'OAMal effectuée dans le cadre de la présente modification des dispositions d'exécution du DC AI 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 la LS, ou jusqu'à l'échéance de la convention. Ces médicaments seront radiés de la CMRM dès leur inscription dans la LS IC ou la LS. En vertu du nouvel art. 14^{ter}, al. 5, LAI, la prise en charge des coûts en raison d'une admission au niveau des directives n'est en principe plus possible. Les conventions existantes avec le titulaire de l'autorisation gardent cependant leur validité dans l'immédiat. Les coûts pourront continuer 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 ou non autorisés pour le traitement de l'infirmité congénitale dans le cadre duquel ils sont administrés. Lors 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 correspondante 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.

4.2 Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales

L'OIC est abrogée et remplacée par une ordonnance de département (cf. projet séparé : OIC-DFI et rapport explicatif de l'OIC-DFI). 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'OFSP¹⁰⁹ doit également être appliqué à l'AI par analogie. On peut également ignorer la dernière phrase de l'art. 14, al. 2, 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.

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

Art. 5, al. 2, let. c

Il s'agit d'une adaptation d'ordre purement formel. Le DFI est mentionné pour la première fois dans l'OPGA à l'art. 5, al. 2, let. c. Le DFI étant cité plusieurs fois en raison des autres modifications apportées à l'ordonnance, l'abréviation est insérée dans cette disposition.

Art. 7j

La procédure d'attribution des mandats d'expertise est réglée 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. La présente disposition règle les détails de la procédure de consensus dans les cas où il n'existe pas de motif de récusation.

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 de les refuser. 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. Si un tel motif existe, l'assureur doit définir un nouvel expert en tenant compte des propositions de l'assuré. Dans le cas contraire, afin de pouvoir désigner les experts d'un commun accord, il convient 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. 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'appliquer¹¹⁰.

Si l'assureur et l'assuré s'entendent sur la désignation d'un nouvel expert, la procédure est close¹¹¹. 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, LPGA.

¹⁰⁹ Disponible à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Désignation des prestations > Processus de demande > Processus de demande pour prestations générales > Documents

¹¹⁰ Cf. ATF 132 V 93, consid. 6.5

¹¹¹ FF 2017 2507

La procédure illustrée, combinée aux autres mesures prévues par la loi (par ex. la liste des experts et les exigences minimales que ces derniers doivent remplir pour pouvoir effectuer des expertises), permettra de nommer les experts de manière plus transparente et éclairée. Cette solution répond à la recommandation formulée par le rapport « *Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung* » du 10 août 2020, à savoir d'optimiser et de rendre plus transparente l'attribution des expertises effectuée directement par l'assureur, et rend ainsi superflu le modèle français pris à titre d'exemple.

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.

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'expertise¹¹². 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 nécessaire¹¹³, parce que cela équivaldrait à établir une sélection des experts guidée par les résultats. Le principe du hasard doit justement prévenir une telle situation.¹¹⁴

Art. 7k

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

Art. 7k, al. 1

Le terme « entretien » est employé dans la loi (art. 44, al. 6, LPGa), mais n'y est pas défini. Il doit donc être précisé dans le règlement. Par entretien, on entend l'anamnèse et la description par l'assuré de l'atteinte à sa santé. Les explications et déclarations personnelles de l'assuré sont placées au premier plan. L'enregistrement sonore doit garantir que les déclarations de l'assuré sont saisies correctement et reprises avec exactitude dans le rapport de l'expert. La partie consacrée à l'évaluation psychologique dans les expertises psychiatriques, neurologiques et neuropsychologiques ne peut pas être enregistrée.

Art. 7k, al. 2

L'assureur doit informer l'assuré de l'objectif et du caractère volontaire de l'enregistrement au moment de l'annonce de l'expertise.

Art. 7k, al. 3

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 personnels concernant l'assuré soient abordés. 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.

¹¹² Cf. ATF 137 V 210, consid. 2.4, p. 237

¹¹³ Cf. FF 2017 2507

¹¹⁴ Cf. ATF 139 V 349, consid. 5.2.1, p. 354

Lorsque l'assuré souhaite renoncer à l'enregistrement sonore de l'entretien, il doit en aviser par écrit l'assureur. La renonciation ne peut être communiquée qu'à l'organe d'exécution. Ceci permet d'éviter que l'assuré se sente influencé par l'expert dans son choix. De plus, la relation de confiance entre l'assuré et l'expert ne devrait pas être mise à mal par l'évocation de cette question avant l'entretien.

Pour ce faire, l'organe d'exécution transmet lors de l'annonce de l'expertise un formulaire standardisé à l'assuré, que ce dernier doit compléter et lui retourner. L'organe d'exécution verse la déclaration de renonciation au dossier et en fait parvenir une copie à l'expert.

Si l'assuré décide seulement après coup qu'il ne souhaite pas d'enregistrement, il doit demander à l'organe d'exécution de détruire celui-ci dans les dix jours qui suivent l'entretien. En règle générale, l'expertise n'est pas encore terminée à ce stade, ce qui signifie que l'expert n'enverra que son rapport écrit à l'organe d'exécution. Dans le cas des expertises bidisciplinaires ou pluridisciplinaires, seuls les enregistrements des entretiens auxquels l'assuré n'a pas renoncé et dont il n'a pas demandé la destruction sont transmis et inclus dans le dossier (cf. art. 44, al. 6, LPGA). Si l'assuré a renoncé à l'enregistrement de tous les entretiens ou qu'il en a demandé la destruction après coup, seule l'expertise écrite est versée au dossier. Si la renonciation ou la demande de destruction postérieure 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 ou a demandé sa destruction.

Si l'assuré décide avant l'entretien de renoncer à l'enregistrement et qu'il envoie la déclaration de renonciation à temps à l'assureur, l'entretien n'est pas enregistré. S'il décide après coup qu'il ne souhaite pas que l'enregistrement fasse partie intégrante de l'expertise, celui-ci doit être effacé.

Art. 7k, al. 4

Il est important que l'assuré ait en tout temps la possibilité de décider s'il souhaite ou non que son entretien avec l'expert soit enregistré. Pour cette raison, l'assuré peut annoncer à l'avance qu'il renonce à l'enregistrement ou demander la suppression de l'enregistrement juste après l'expertise. Par ailleurs, il doit pouvoir révoquer une renonciation déjà communiquée à l'organe d'exécution. Étant donné que, dans le cas où l'assuré fait part de sa renonciation avant l'entretien, ce dernier n'est pas enregistré, la révocation de la renonciation n'est possible qu'en amont ; elle peut aussi s'effectuer oralement.

Art. 7k, al. 5

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 et de s'accorder avec ce dernier. 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.

L'expert doit veiller à ce que l'entretien soit enregistré correctement et intégralement.

Art. 7k, al. 6

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 ainsi que les éventuelles interruptions, 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. 7

Selon l'al. 5, l'enregistrement des entretiens doit être réalisé conformément aux prescriptions techniques uniformes et simples déterminées par les assureurs. La transmission de ces enregistrements devra se faire sous forme électronique sécurisée. Dans la pratique, les enregistrements pourront être sauvegardés sur un support de données transmis par courrier recommandé ou transférés directement via une plateforme sécurisée et autorisée pour l'échange de données (par ex. Incamail).

Dans le cadre de la modification légale concernant l'observation des assurés pour le compte des 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 informations 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 aux enregistrements sonores.

L'expert ou le centre d'expertises transmettra à l'assureur uniquement les entretiens dont la personne assurée n'a pas renoncé à l'enregistrement.

Art. 7k, al. 8

Si l'assuré constate que l'enregistrement présente des manquements techniques qui rendent impossible le contrôle de l'expertise, il doit s'adresser à l'organe d'exécution. Tous deux tentent alors de s'accorder sur la manière de procéder. S'ils ne parviennent pas à trouver une solution, l'organe d'exécution doit rendre une décision incidente, de sorte que les règles usuelles pour évaluer la force probante de l'expertise s'appliquent. Comme il est impossible de prévoir toutes les situations qui pourraient survenir, on a renoncé à établir la liste des conséquences d'un enregistrement défectueux et privilégié une recherche de consensus entre les parties impliquées.

Art. 7l

Art. 7l, al. 1

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 administrative concernée, 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. 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, et seulement par l'assuré lui-même, l'assureur ayant demandé l'expertise et les tribunaux impliqués dans la procédure de recours (tribunaux cantonaux des assurances sociales, Tribunal administratif fédéral, Tribunal fédéral). Les tiers disposant d'un droit de recours ne doivent par exemple pas pouvoir écouter l'enregistrement. Dans le cas d'une demande de consultation de dossier, l'enregistrement ne doit pas être joint à l'envoi, même si un autre assureur souhaite avoir accès au dossier. Toute autre utilisation de l'enregistrement, 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, al. 2

Si la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales contrôle la qualité des expertises dans le cadre de son travail (art. 7p, al. 2 à 4, P-OPGA), elle doit aussi avoir la possibilité d'écouter les entretiens correspondants afin d'obtenir un aperçu complet du travail des experts.

Art. 7l, al. 3

Cet alinéa permet aux assureurs, avec l'accord de l'assuré, de détruire les enregistrements sonores après la clôture définitive de la procédure dans laquelle l'expertise a été demandée. L'enregistrement sert à vérifier que l'expertise est complète et que les déclarations de l'assuré ont été utilisées correctement. Lorsque la décision basée sur l'expertise entre en force, il n'est plus nécessaire de conserver l'enregistrement dans le dossier. Avec l'accord de l'assuré, l'enregistrement peut donc être supprimé. La suppression permet d'éviter que l'assureur ait à garder ces données sensibles plus longtemps que nécessaire. En effet, la conservation des enregistrements sonores nécessite un espace de stockage important et entraîne une charge financière conséquente.

Art. 7m

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. 7m P-OPGA doivent permettre de garantir que les expertises sont réalisées par des experts professionnellement qualifiés.

Art. 7m, 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 formation postgrade 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 FMH¹¹⁵ et des diplômes de formation continue requis.

Art. 7m, 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)¹¹⁶, depuis le 1^{er} janvier 2018, toutes les personnes exerçant une profession médicale universitaire en Suisse doivent être inscrites dans le registre des professions médicales (MedReg)¹¹⁷. 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.

¹¹⁵ Consultable à l'adresse : <https://doctorfmh.ch/>

¹¹⁶ RS 811.11

¹¹⁷ Consultable à l'adresse : <https://www.medregom.admin.ch/>

Art. 7m, 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'exercer, respectivement, l'inscription dans le registre 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.

Si, en raison du type d'engagement de l'expert, aucune autorisation n'est requise pour l'exercice d'une profession médicale (par ex. médecin dans un hôpital), il peut être renoncé à cette condition pour l'établissement des expertises.

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

Outre la formation universitaire, la formation postgrade et la formation continue requises, les experts doivent également posséder une expérience clinique. 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. 7m, 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 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 SIM¹¹⁸.

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 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.

En raison des longues années d'expérience que suppose notamment l'obtention du titre de professeur, les médecins-chefs et les chefs de service des hôpitaux universitaires n'ont pas besoin de suivre le cours de la SIM sur les expertises ou une formation équivalente.

¹¹⁸ Consultable à l'adresse : <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr>

Art. 7m, 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'AI.

Art. 7m, al. 4

Dans quelques cas exceptionnels, il peut arriver que l'on fasse appel à un expert qui dispose certes des qualifications requises, mais qui ne remplit pas toutes les exigences posées aux al. 1 à 3 (par ex., pour les expertises concernant des personnes atteintes de maladies rares, si le peu d'experts disponibles et qualifiés ont déjà été impliqués dans le cas, s'il est exceptionnellement nécessaire de faire appel à un expert de l'étranger, etc.¹¹⁹). Dans de tels cas, les assureurs doivent pouvoir, avec l'accord de l'assuré, avoir recours à un expert qui ne répond pas à toutes les exigences des al. 1 à 3.

Art. 7m, al. 5

Cet alinéa permet de garantir la formation des experts : c'est le seul moyen de s'assurer que la génération suivante soit bien formée. Outre le diagnostic et le traitement, l'activité d'expert forme le troisième pilier de la médecine et doit donc être mieux ancrée dans les formations universitaire, postgrade et continue. L'al. 5 permet de réaliser des expertises sous la supervision étroite d'experts et de médecins-chefs expérimentés. Il est important que la personne en formation soit suivie de près par son superviseur durant l'expertise. Ainsi, ce dernier peut également se faire une idée de l'assuré.

Art. 7n

En plus de remplir les exigences professionnelles, les experts et les centres d'expertises doivent être disposés à fournir les documents requis (certificats attestant les formations universitaires, postgrades et continues, organigrammes, processus, mesures de garantie de la qualité, etc.) aux assureurs et aux tribunaux (tribunaux cantonaux des assurances sociales, Tribunal administratif fédéral, Tribunal fédéral). Cela permet de garantir que les qualifications professionnelles peuvent être vérifiées en cas de doute. Il s'agit toutefois aussi 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. 7p).

Art. 7o

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 critères de qualité contraignants pour l'établissement d'expertises médicales, ni de critères ou d'instruments obligatoires pour l'évaluation de la qualité des expertises.

Dans le cadre des débats sur le DC AI, 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

¹¹⁹ Cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_570/2020 du 2 novembre 2020

différentes assurances sociales, des centres d'expertises, du corps médical, des neuropsychologues, des milieux scientifiques et des organisations d'aide aux patients et aux 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 de respecter des critères 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 critères, 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. 7p

Art. 7p, 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 recommandés. Ils disposent ainsi d'une base indépendante pour décider d'initier une collaboration avec un centre d'expertises ou de l'interrompre.

Art. 7p, al. 1, let. a à d

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.

Let. a : pour améliorer la qualité des processus, la commission doit réfléchir aux exigences et aux critères de qualité applicables à l'élaboration des expertises et formuler les recommandations correspondantes.

Let. b : pour améliorer la qualité de la structure, la commission doit élaborer des recommandations relatives à l'activité et à la formation universitaire, postgrade et continue des experts. Il s'agit en l'occurrence de déterminer, entre autres, les formations postgrades en médecine des assurances qui sont équivalentes à la certification SIM.

Let. c : 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, en vue d'améliorer la qualité structurelle, 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. 7m P-OPGA) et peuvent être vérifiées facilement par les assurés et les assureurs.

La commission contrôlera l'adoption et le respect des critères 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.

Let. d : afin de pouvoir évaluer judicieusement les recommandations relatives à la qualité des processus et de la structure, il convient d'élaborer des critères et des instruments pour évaluer la qualité des expertises (exigences de qualité). Dans ces domaines, on pourrait envisager, par exemple, des questionnaires standardisés en guise d'« instruments de détection » pour permettre aux assureurs d'évaluer les expertises. Pour les contrôles ne portant pas sur des cas particuliers, il est également envisageable de développer et de recommander des procédures d'évaluation par les pairs.

Art. 7p, al. 2

Dans le cadre de ses tâches, la commission vérifiera le respect des critères visés à l'al. 1 par les experts et les centres d'expertises, et rendra un rapport. Selon l'ampleur et le contenu des contrôles qualité, elle pourra les réaliser elle-même (par ex. au sens de l'al. 5) ou mandater des tiers s'il s'agit de contrôles de plus grande envergure (par ex. d'une discipline spécifique) ou d'évaluations par les pairs.

Art. 7p, al. 3

La commission émet des recommandations publiques (art. 44, al. 7, let. c, LPGA), de manière à les rendre accessibles à toutes les personnes et à tous les services intéressés.

Art. 7p, al. 4

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. 7p, al. 5

La commission édicte des critères pour l'accréditation des centres d'expertises et leur activité. En fonction de ces recommandations, les assureurs et les organes d'exécution des différentes assurances sociales mettent en place leur collaboration avec les centres d'expertises. Si les assureurs et les organes d'exécution des différentes assurances sociales devaient constater, dans l'application des instruments d'évaluation qualitative des expertises, qu'un centre contrevient systématiquement (c'est-à-dire, dans de nombreux cas) aux critères énoncés à l'al. 1, ils peuvent s'adresser à la commission. Cette dernière pourra ainsi se faire sa propre idée à propos du respect des critères de qualité. Après avoir effectué le contrôle, elle peut recommander les mesures qui s'imposent ou se référer à sa recommandation initiale. Dans de tels cas, la documentation et les expertises requises pour le contrôle de la qualité devront être remises en amont à la commission.

Art. 7q

Art. 7q, al. 1

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, la 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. 7q, al. 2

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

Art. 7q, al. 3

Au sein du DFI, l'OFAS assure le secrétariat, soit le service 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.

Art. 7q, al. 4

Dans le cadre de leurs activités, les membres de la commission et les collaborateurs du secrétariat auront accès aux expertises et à d'autres documents confidentiels, raison pour laquelle ils sont soumis à l'obligation de garder le secret.

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. 7m, al. 2.

4.4 Règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants

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.

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 ». La modification du titre ne concerne que le texte allemand. Les subventions accordées sur la base de l'art. 101^{bis} LAVS le sont exclusivement sous forme d'aides financières. Le nouveau libellé précise que les organisations concernées sont des organisations privées reconnues d'utilité publique.

Art. 222, al. 3

La participation du Fonds de compensation de l' 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 privée 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. Dans le cadre de l'exécution de la disposition, la définition et l'indemnisation du travail bénévole se conforment aux règles générales reconnues de *Benevol Schweiz*.

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).

Cet alinéa est remplacé par une nouvelle disposition, laquelle est introduite pour inscrire, au niveau de l'ordonnance, une pratique déjà établie dans les contrats en cours. Prévue dans les directives de l'OFAS depuis 2017, cette pratique s'applique, conformément à ces dernières,

par organisation juridiquement indépendante et par catégorie de prestations, à savoir « tâches de coordination et de développement », « services quantifiables » et « projets ». 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)¹²⁰, 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. L'organisation nationale Pro Senectute Suisse constitue également un cas exceptionnel et bénéficie d'aides financières pour accomplir ses tâches de coordination et de développement. Pro Senectute Suisse est la plus grande organisation au service des personnes âgées en Suisse. À ce titre, elle occupe une fonction de coordination essentielle au niveau national, qui se traduit tant dans ses activités externes qu'internes. En outre, elle veille à ce que les aides financières annuelles (45 millions de francs) soient utilisées de manière conforme par les organisations cantonales Pro Senectute. Pour remplir ces missions, Pro Senectute Suisse, constituée en fondation, ne dispose que de ressources financières limitées.

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'OFS¹²¹, 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 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.

¹²⁰ 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>

¹²¹ 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.

Le Conseil fédéral fixe également, tous les quatre ans, le montant maximal de la contribution du Fonds de compensation de l'AVS aux organisations privées de l'aide privée 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)¹²². 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.

4.5 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 surobligatoires, 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) 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.

¹²² Gasser, Nadja / Knöpfel, Carlo / Seifert, Kurt (2015) : *Agile, puis fragile. La transition du troisième au quatrième âge chez les personnes vulnérables*. Zurich.

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.

Art. 15, al. 1

L'adoption du système de rentes linéaire dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire (art. 24a LPP) appelle une adaptation de l'art. 15, al. 1, OPP 2. Cet article prévoit qu'en cas d'invalidité partielle, l'avoir de vieillesse constitué jusqu'alors est partagé en une partie passive correspondant au droit à la rente et en une partie active. La partie passive est traitée selon l'art. 14 OPP 2, tandis que l'avoir de vieillesse actif fait partie intégrante de l'assurance du revenu de l'activité lucrative encore réalisé dans la prévoyance professionnelle. Suite à la mise en place du système de rentes linéaire, ce partage doit être adapté en adéquation avec l'affinement de l'échelle de rentes d'invalidité. Le principe ne change pas en soi : le partage en un avoir de vieillesse actif et un autre passif reste fonction du droit à la rente partielle d'invalidité. À l'avenir, toutefois, le partage sera déterminé de façon plus détaillée et en fonction d'un pourcentage plus précis, en conformité avec le système linéaire.

Ainsi, par exemple, pour une personne assurée qui a droit à une quotité de la rente égale à 37,5 % – ce qui est le cas pour un taux d'invalidité de 45 % (art. 24a, al. 4, LPP) –, l'avoir de vieillesse est partagé dans la proportion 37,5 à 62,5. La partie passive de l'avoir de vieillesse, qui s'élève à 37,5 %, est traitée (comme jusqu'alors) selon l'art. 14 OPP 2. La partie active restante de 62,5 % continue de faire partie intégrante de la prévoyance en cas de poursuite de l'activité lucrative (résiduelle), assortie de montants-limites réduits (voir art. 4 OPP 2, selon lequel les montants-limites pour l'assurance du revenu encore réalisé – seuil d'entrée, déduction de coordination et montant-limite supérieur – sont adaptés). Dans le cas contraire, elle sera traitée, à la fin des rapports de travail, selon les art. 3 à 5 de la loi fédérale du 17 décembre 1993 sur le libre passage¹²³ (art. 15, al. 2, OPP 2).

¹²³ RS 831.42

4.6 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. 4.9) 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)¹²⁴ 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-DFI 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 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, 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. Cette charge supplémentaire se justifie par la volonté d'harmoniser l'AI et l'AOS. Dans le domaine des médicaments, la coordination est assurée par le fait que tant l'AI que l'AOS remboursent les médicaments inscrits sur la LS et la LS IC (cf. art. 3^{novies} P-RAI et art. 52, al. 2, LAMal). Pour ce qui concerne les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, on part du principe, dans le cadre de l'AOS, qu'elles respectent les critères EAE prescrits par la loi (principe de confiance). Autrement dit, les prestations médicales et de chiropratique jusqu'ici prises en charge par l'AI le sont également, après la limite d'âge

¹²⁴ Cf. ATF 126 V 103, consid. 3 et 4

légale, par l'AOS dans le cadre du 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 LS.

Étant donné que, outre les médicaments figurant dans la LS, l'AOS rembourse en principe 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. 3, 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.

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. 4.9).

Si une demande d'extension des indications est introduite au sens de l'art. 65f 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]¹²⁵). Inversement, un médicament déjà inscrit dans la LS le reste si son utilisation est étendue à une indication pour une infirmité congénitale et qu'il est également pris en charge dans le cadre d'autres indications qui ne relèvent pas d'une infirmité congénitale.

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.

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 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, pour autant que les conditions d'admission visées à l'art. 65 OAMal sont remplies. Pour l'heure, aucun prix n'a été fixé pour les médicaments de la LMIC. Dans le cadre du transfert vers la LS IC ou la LS, l'OFSP évaluera également le caractère économique de ces médicaments et en déterminera les prix.

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.

¹²⁵ RS 172.021

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 (LPT¹²⁶) 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 (LDAI¹²⁷; denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales, FSMP) ou de dispositifs médicaux selon la LPT. Par conséquent, les produits diététiques ne doivent à l'avenir plus être inscrits sur les listes de médicaments. 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.

Dès que tous les médicaments de la LMIC auront été définitivement examinés et que les produits diététiques qui y figuraient auront été transférés dans la LiMA, la LMIC sera abrogée. Cela signifie que la LMIC, la LS IC et la LS continueront d'être tenues en parallèle durant une période transitoire.

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

Art. 22, al. 3^{ter}

Le DC AI crée une assurance-accidents pour les personnes visées à l'art 1a, al. 1, let. c, LAA (assurance-accidents des personnes bénéficiant de mesures de l'AI, AA AI). L'AA AI assure des personnes participant à des mesures de l'AI qui justifient d'une situation analogue à celle qui résulterait d'un contrat de travail au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Jusqu'alors, ces personnes ne bénéficiaient pas d'une couverture d'assurance complète. Pour certains cas exigeant une coordination de l'assurance-accidents et de l'AI, il existe déjà des règles qui doivent être adaptées aux dispositions de la nouvelle branche d'assurance AA AI. Dans le droit en vigueur, l'art. 22, al. 3^{bis}, OLAA règle le montant de l'indemnité journalière pour les personnes qui avaient droit à une indemnité journalière de l'AI avant l'accident. L'al. 3^{ter} est expressément ajouté pour les personnes assurées dans le cadre de l'AA AI.

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.

Art. 56

Avec l'introduction de l'assurance des personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA, l'AI devient partie dans la procédure d'assurance-accidents, et ses organes d'exécution sont à ce titre soumis à l'obligation de communiquer des informations. L'étendue de cette communication est précisée à l'art. 56, et les organes d'exécution compétents de l'AI sont ajoutés à la liste des organismes concernés. Ils sont définis à l'art. 53, al. 1, LAI.

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 organes d'exécution compétents de l'AI, raison pour laquelle ceux-ci doivent être suffisamment informés de la pratique de l'assurance-accidents.

¹²⁶ RS 812.21

¹²⁷ RS 817.0

Art. 72, al. 2

Le droit à l'information sur la pratique de l'assurance-accidents entraîne pour les organes d'exécution compétents de l'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, 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

L'art. 17, al. 4, LAA fixe le montant de l'indemnité journalière pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA qui percevaient une indemnité journalière de l'AI avant l'accident. Il n'est pas nécessaire de régler le gain assuré, car la loi détermine le montant de l'indemnité journalière.

L'al. 1 définit le montant net de l'indemnité journalière au sens de l'art. 17, al. 4, LAA, l'objectif étant que l'assuré ne reçoive pas, en raison de son accident, des indemnités plus ou moins élevées qu'avant l'accident. Le montant net englobe donc l'indemnité de base au sens des art. 23 et 24^{ter} LAI ainsi qu'une éventuelle prestation pour enfant au sens de l'art. 23^{bis} LAI. Les cotisations aux assurances sociales visées à l'art. 25 LAI ne sont pas comprises dans le montant net. L'indemnité journalière de l'AI n'est soumise à aucune autre déduction. Par exemple, les déductions pour frais d'hébergement et de repas au sens de l'art. 24^{bis} LAI ou les impôts prélevés à la source ne sont pas pris en compte.

Art. 132a, al. 2

L'art. 132a, al. 1, définit le montant net de l'indemnité journalière au sens de l'art. 17, al. 4, LAA. L'al. 2 précise que la prestation pour enfant au sens de l'art. 23^{bis} LAI doit être comprise dans les indemnités journalières versées aux personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA.

Art. 132a, al. 3

Pour les personnes qui n'ont droit ni à une indemnité journalière de l'AI ni à une rente de l'AI, la loi ne détermine aucun gain assuré pour le calcul des indemnités journalières de l'assurance-accidents. L'al. 3 précise que les modalités de calcul définies à l'art. 23, al. 6, OLAA valables pour les stagiaires, les volontaires et les personnes exerçant une activité aux fins de

se préparer au choix d'une profession 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. 4

Aucun échelonnement de la prestation en fonction de l'incapacité de travail de l'assuré, comme c'est le cas pour les salariés soumis à l'assurance-accidents obligatoire (cf. art. 25, al. 3, OLAA), n'est 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. Lorsque la mesure de l'AI est reprise, l'AI se prononce alors sur le droit éventuel à une indemnité journalière de l'AI.

L'assurance-accidents doit se concerter avec l'organe d'exécution compétent de l'AI pour déterminer le moment où la mesure pourrait reprendre. Cette hypothèse est envisagée exclusivement sous l'angle médical et ne dépend pas du terme de la mesure initialement prévu par l'AI. Une fois que la reprise de la mesure est envisageable du point de vue médical, un éventuel droit à des indemnités journalières de l'assurance-accidents prend naissance conformément à la législation en la matière (cf. art. 88^{sexies} P-RAI), une adaptation des indemnités journalières de l'assurance-accidents en fonction d'une incapacité de travail partielle au sens de l'art. 17 LAA étant également possible.

Art. 132b

Art. 132b, al. 1

L'art. 132b P-OLAA règle la base de calcul des rentes pour les mêmes groupes d'assurés que ceux visés à l'art. 132a P-OLAA.

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'AI s'est fondée pour calculer le montant des indemnités journalières est considéré comme gain assuré et sert de base au calcul des rentes.

Art. 132b, al. 2

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, pour le calcul des rentes et celui des indemnités journalières selon l'art. 132a, al. 3, à la réglementation valable pour les stagiaires, les volontaires et les personnes exerçant une activité aux fins de se préparer au choix d'une profession énoncés à l'art. 23, al. 6, OLAA. La réglementation est expressément reprise pour le groupe d'assurés visé ici et renvoie à un revenu annuel et non à un gain journalier.

Art. 132b, al. 3

Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA qui reçoivent une rente de l'AI, l'art. 16, al. 5, LAA prévoit qu'elles n'ont pas droit à une indemnité journalière de l'assurance-accidents, raison pour laquelle aucune règle en l'espèce n'est inscrite à l'art. 132a P-OLAA. Il est toutefois possible que ces personnes aient droit aux autres prestations de l'assurance-accidents. L'al. 3 règle le calcul de la rente pour ce groupe d'assurés selon les mêmes modalités que 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. Le montant obtenu est réduit du taux d'invalidité car celui-ci est déjà pris en compte dans la rente de l'AI.

Exemple :

Un assuré âgé de moins de 20 ans qui perçoit une rente de l'AI pour un taux d'invalidité de 40 %, entame une mesure de l'AI dans le cadre de laquelle il se trouve dans une situation analogue à celle qui résulterait d'un contrat de travail et subit un accident provoquant une invalidité. L'assurance-accidents reconnaîtrait un droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et calculerait la rente conformément à l'art. 132b, al. 3. Seraient déduits 40 % (taux d'invalidité) des 10 % de 148 200 francs (montant maximum du gain assuré annuel selon l'art. 22, al. 1, OLAA), à savoir 14 820 francs. Autrement dit, l'assuré bénéficierait d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents s'élevant à 8892 francs (14 820 - [40 % de 14 820]).

Art. 132c

Art. 132c, al. 1

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, tout en renonçant à fixer des taux de primes par groupe.

Pour les personnes visées à l'art. 1a, al. 1, let. c, LAA, les primes sont calculées en fonction des bases utilisées dans le calcul des indemnités journalières ou des rentes.

Art. 132c, al. 2

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. 132c, al. 3

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. 132c, al. 4

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. 132c, al. 5

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. 3). Cette solution correspond à celle mise en œuvre pour l'AAC.

4.8 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 de compensation de l'AI.

4.9 Ordonnance du 3 mars 1997 sur la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs

Art. 3, al. 1

Cette modification correspond à la modification de l'art. 4 OPP 2 (cf. chap. 4.5). Ainsi, dans le cas de chômeurs partiellement invalides, il est également prévu que les montants-limites journaliers de la prévoyance professionnelle obligatoire soient réduits dans l'assurance-chômage en fonction de la nouvelle échelle de rentes. La réduction des montants-limites (seuil d'entrée, déduction de coordination et montant-limite supérieur) correspond, comme jusqu'alors, au droit à la rente (partielle). Toutefois, conformément à l'échelonnement progressif des rentes, le droit à la rente (partielle) devrait être calculé en pourcentage d'une rente entière. Cela permettra d'éviter également les effets de seuil dans la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs qui sont partiellement invalides.

Pour un chômeur dont la quotité de la rente est de 55 %, la déduction de coordination (du salaire journalier) utilisée pour calculer le salaire journalier coordonné, qui s'élève actuellement à 96 fr. 35 (en 2021), est réduite de 55 % et arrondie à 43 fr. 35. Le seuil d'entrée également (salaire journalier minimal), qui est de 82 fr. 60 (2021), est arrondi à 37 fr. 15 après réduction de 55 %. Le salaire journalier coordonné minimal de 13 fr. 75 (2021) reste garanti, ce qui évite que des salaires journaliers trop faibles soient soumis à l'assurance obligatoire.

5. 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 loi¹²⁸.

5.1 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 accorde aux cantons des subsides annuels pour la réduction individuelle des primes correspondant 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 jusqu'alors 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. 5.3).

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 dépendra de l'OFAS. En conséquence, le financement de cette commission incombera à l'OFAS (art. 8e, al. 2, let. j et k,

¹²⁸ 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>

OLOGA). Le Conseil fédéral a approuvé les conséquences financières correspondantes le 12 mai 2021 et les ressources en personnel dans le cadre de l'évaluation globale des ressources dans le domaine du personnel 2021.

b) Conséquences sur l'état du personnel

La mise en œuvre du DC AI mobilisera des ressources en personnel au sein de l'administration fédérale. Le tableau suivant donne un aperçu des postes qui seront nécessaires ; les moyens correspondants ont déjà été approuvés par le Conseil fédéral dans le cadre de l'évaluation globale des ressources dans le domaine du personnel et sont inscrits dans le budget et les plans financiers.

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Fi-nancé par le fonds AI |
|--|------|--------------------|------|------|------|--------------------------|
| OFAS ¹²⁹ | 3 | 6,3 ¹³⁰ | 6,3 | 6,3 | 6,3 | Oui |
| CdC ¹³¹ | - | 2 | 2 | 2 | 2 | Oui |
| Commission extraparlamentaire d'assurance qualité des expertises médicales (OFAS) | - | 5 | 5 | 5 | 4 | Non |
| Centre de compétences Médicaments (OFSP) | - | 4 | 4 | 4 | 3 | Oui |
| Total besoins supplémentaires EPT | 3 | 17,3 | 17,3 | 17,3 | 15,3 | |

L'entrée en vigueur, soit l'adoption des dispositions d'exécution en l'état, n'entraîne pas d'autres conséquences sur l'état du personnel de la Confédération. Au plus tard trois ans après l'entrée en vigueur du projet DC AI, il conviendra d'évaluer si les postes à durée déterminée doivent être conservés intégralement ou partiellement, s'ils doivent être supprimés voire convertis en postes à durée indéterminée.

5.2 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. Les décisions prises par le Parlement engendreront vraisemblablement des économies de près de 3 millions de francs en 2030 (état : budget 2021). Du fait des modifications apportées au règlement, peu de choses changeront à cet égard : les écarts se limitent au domaine des mesures médicales et au système de rentes. Par ailleurs, les modifications sans lien avec le DC AI (contribution d'assistance) auront des incidences financières. Le tableau ci-dessous montre qu'en tenant compte des mesures prévues au niveau réglementaire, les économies atteindront environ 4 millions de francs en 2030.

¹²⁹ Figure déjà dans le message concernant le DC AI (FF 2017 2514)

¹³⁰ 3,6 EPT sur les 6,3 EPT sont à durée déterminée

¹³¹ Figure déjà dans le message concernant le DC AI (FF 2017 2514)

Tableau : Conséquences financières pour l'AI en 2030

En millions de francs, aux prix de 2021

| | 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

Après l'adoption de la révision de la loi par le Parlement le 19 juin 2020, des coûts supplémentaires à hauteur de 21 millions de francs étaient à prévoir pour les mesures médicales. Ce montant se compose des adaptations dans le domaine des infirmités congénitales pour 56 millions de francs (dont environ 40 millions de francs pour la mise à jour de la liste des infirmités congénitales), des coûts supplémentaires dans le domaine des mesures médicales de réadaptation pour 5 millions de francs et des économies de quelque 40 millions de francs réalisées dans le cadre du renforcement du pilotage et de la gestion des cas. Ce montant sera réduit de 21 millions de francs du fait des ajustements effectués au niveau réglementaire, ceci pour les raisons suivantes :

- La mise à jour de la liste des infirmités congénitales (pour plus de détails, cf. projet OIC-DFI¹³²) entraînera des coûts supplémentaires moins importants que prévu, à savoir 18 millions de francs au lieu des quelque 40 millions mentionnés, soit 22 millions de moins qu'attendu. 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, comme mentionné ci-dessus, calculé 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 LFPr 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.

¹³² À consulter sous www.ofas.admin.ch

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.

5.3 Conséquences pour d'autres assurances sociales

Les économies réalisées dans l'AOS seront moins importantes que prévu ; elles se monteront à quelque 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.

5.4 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.

5.5 Conséquences économiques

Les mesures prévues au niveau de la loi et concrétisées dans les présentes ordonnances n'auront aucun impact sur les entreprises et n'induiront pas d'allègements administratifs ou financiers. 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.